

Décembre 1884.

SARCOME DE LA FOSSE NASALE DROITE OPÉRÉ PAR LA MÉTHODE NASALE.

(Service de M. le professeur **RICHET**, à l'Hôtel-Dieu.)

Par le Dr **Bazy**, chef de clinique chirurgicale.

X..., âgé de 19 ans, journalier, habite la campagne ; c'est un garçon robuste, qui n'a jamais fait aucune maladie.

Il s'est aperçu, il y a quatre ans, que l'air ne passait plus par la narine du côté droit, bientôt après, l'air ne passait que très difficilement par le nez ; la respiration se faisait presque exclusivement par la bouche.

Il alla consulter un médecin qui, au moyen de pinces, lui enleva ce qu'il put de cette tumeur qu'on pouvait voir, paraît-il, par la narine. Il y eut peu de sang.

Il y a 18 mois, la tumeur s'était reproduite, le nez était déformé ; on lui fit une deuxième opération qui consista dans l'arrachement au moyen de pinces : cette fois, l'hémorragie fut plus abondante. Depuis, cette tumeur qui avait repullulé, a été touchée à différentes reprises avec des caustiques : elle n'en a pas moins continué à se développer.

C'est alors que le malade a été adressé à M. Reclus, chirurgien des hôpitaux, remplaçant le docteur Cusco à l'Hôtel-Dieu, qui, pour des raisons d'ordre purement administratif, ne pouvant le garder dans ses salles, l'a envoyé à M. le professeur Richet.

Quand nous le voyons, la première chose qui frappe, c'est la difformité de son nez ; c'est du reste à cause de la déformation de son visage qu'il veut se faire opérer ; car il s'est habitué maintenant à respirer par la bouche, et il n'est plus incommodé par l'occlusion de ses fosses nasales.

Tout le côté droit du nez est bombé, et la tuméfaction s'étend du grand angle de l'œil à la fosse canine ; la narine de ce côté est plus ouverte que celle du côté opposé et un peu moins mobile. La tuméfaction est due au refoulement des os propres du nez et de l'apophyse montante du maxillaire sup-

rieur. On voit, en effet, que la paroi ostéo-cartilagineuse existe à ce niveau : elle est tout au plus un peu amincie.

La fosse canine est libre, le sinus maxillaire paraît l'être aussi, de même que la paroi inférieure de l'orbite ; la paroi interne au contraire paraît être refoulée en dehors, c'est ce qui explique le léger degré d'exophthalmie qu'on observe, exophthalmie légère du reste, car l'œil est simplement refoulé un peu en avant sans déviation en dehors.

Du reste, il n'existe pas de troubles de la vue : la vision est aussi nette de ce côté que de l'autre.

Il suffit de relever un peu la tête du malade pour voir, presque au niveau de la narine, une tumeur rosée paraissant absolument recouverte par la muqueuse des fosses nasales, qui se continue des parties voisines sur la tumeur sans ligne de démarcation ; la tumeur s'avance vers la ligne médiane, refoule la cloison qu'elle applique presque sur la paroi externe de la fosse nasale gauche : l'air passe un peu cependant de ce côté.

On peut introduire une sonde de femme non pas au niveau de la partie inférieure de la fosse nasale, entre la tumeur et la cloison, mais dans la partie moyenne et supérieure, ce qui indique encore que la tumeur ne fait pas partie de la cloison ni de la paroi supérieure des fosses nasales. Le passage de la sonde détermine l'écoulement d'un liquide brunâtre, filant, paraissant composé d'un mélange de sang et de mucus ; il semble qu'on ait déchiré la paroi très amincie d'une cavité contenant ce liquide, et ce qui confirme cette hypothèse, c'est que l'extrémité de la sonde paraît se mouvoir dans une cavité.

En imprimant quelques mouvements à la sonde, on peut la pousser plus loin et elle vient buter contre la paroi postérieure du pharynx.

Le canal nasal n'est pas oblitéré, mais la circulation des larmes s'y fait assez mal ; par la pression sur le sac lacrymal, on voit apparaître sur la tumeur de la fosse nasale, une gouttelette muco-purulente ; le liquide ne reflue pas par les points lacrymaux, il n'y a pas de larmoiement.

Le voile du palais n'est pas déformé, pas plus que la voûte

palatine. Le doigt, passé derrière le voile du palais, sent une tumeur lobulée bouchant l'orifice postérieur de la narine droite, de même consistance que la portion de tumeur qu'on voit par la narine droite. Cette consistance n'est pas celle que donne le tissu fibreux, mais bien un tissu plus mou, le tissu sarcomateux par exemple. Cette exploration, du reste, ne fait pas saigner la tumeur. Quelque loin qu'on pousse le doigt, on ne sent pas de points d'implantation.

Le malade n'accuse que deux ou trois épistaxis peu abondantes et à des intervalles très éloignés. Il n'a jamais eu et il n'a pas de maux de tête.

Une aiguille enfoncée dans la tumeur par la narine, pénètre avec la plus grande facilité et ne donne pas la moindre sensation de résistance, ce qui fait éloigner l'idée d'une tumeur osseuse, recouverte de parties molles.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une tumeur à évolution assez lente, mais avec tendance très grande à la récurrence, de consistance assez molle pour qu'on ait cru pouvoir en faire l'ablation avec des pinces comme s'il s'agissait d'un polype muqueux venant se montrer à l'orifice antérieur et faire saillie à l'orifice postérieur de la narine droite, manifestement implantée sur la paroi externe de la fosse nasale, cette implantation est prouvée par l'examen de la tumeur, par le passage de la sonde de femme entre la tumeur d'une part et la cloison et la paroi supérieure d'autre part ; elle aussi est prouvée, par ce que nous raconte le malade, que les tentatives d'arrachement s'exerçaient sur cette paroi externe (et il en indique très nettement le point). Ce point d'implantation suffit à éloigner l'hypothèse d'un polype fibreux dont le point d'implantation est dans l'arrière-cavité des fosses nasales, d'autant plus que la consistance est loin d'être celle d'un fibrome.

Le diagnostic auquel on doit s'arrêter est donc, comme le fait observer le professeur Richet, celui d'un sarcome de la paroi externe des fosses nasales.

En présence de ce diagnostic, le traitement chirurgical devra être dirigé de telle façon qu'on puisse non seulement enlever complètement le néoplasme, mais encore agir sur lui

secondairement si l'ablation n'est pas possible en une seule fois, et enfin avoir une voie large et libre pour le détruire dans le cas où il viendrait à repulluler, comme cela peut arriver pour les sarcomes, même quand leur évolution est lente, comme c'est le cas ici.

C'est sur ces données qu'a été conçue et exécutée l'opération qu'a faite le professeur Richet, et dont il avait annoncé tous les temps à sa leçon clinique du 17 décembre 1881.

Avec le thermo-cautère, il a divisé les téguments depuis l'angle interne de l'œil jusqu'au-dessous de l'aile du nez. L'emploi du thermo-cautère n'avait pas seulement pour but de permettre d'opérer à blanc, mais surtout de donner une plaie brûlée, n'ayant pas de tendance à la réunion ; de cette manière, on obéissait à cette indication d'avoir la porte toujours ouverte pour surveiller l'intérieur du nez et agir, s'il y avait lieu, dans un deuxième temps. Le professeur Richet a sectionné le long de l'incision de la peau la branche montante du maxillaire supérieur qu'il a ensuite saisie avec un fort davier à mors plats et renversée en dedans, brisant ainsi, ou mieux luxant pour ainsi dire l'os du nez du côté droit sur son congénère ; il a pu ainsi rabattre, relever le côté droit du nez et voir et montrer toute la partie antérieure de la tumeur. Il a essayé ensuite de la détacher de la paroi externe avec le thermo-cautère ; mais les gros lacs veineux qu'il ouvrait ne lui ont pas permis de continuer ce mode opératoire : il a essayé ensuite de la sectionner avec des ciseaux, mais l'hémorragie continuant, il a dû agir promptement ; passant un crochet mousse et large dans la narine jusqu'au pharynx, il a voulu attirer la tumeur au dehors, mais comme il l'avait prévu, la tumeur s'est déchirée ; prenant alors des pinces à kyste, il a saisi la tumeur et l'a arrachée en deux temps ; dans un premier temps la partie antérieure seule est venue ; il a fallu placer la pince une seconde fois pour enlever la partie postérieure, celle qui faisait saillie dans l'arrière-cavité des fosses nasales. Nous avons pu alors vérifier qu'il ne restait rien sur la paroi externe ; celle-ci était complètement libre et plane ; l'orifice du sinus maxillaires était très large ; le doigt pouvait pénétrer dans son intérieur et constater qu'il

ne contenait rien. Nous n'avons pas retrouvé les cornets ; ils n'étaient pas non plus dans la tumeur ; peut-être ont-ils été arrachés lors des opérations antérieures, peut-être ont-ils été détruits par le néoplasme ; cependant nous n'avons trouvé dans la tumeur aucun noyau osseux, aucune particule dure indiquant qu'il y eût de l'os dans la masse.

L'examen de la tumeur a montré qu'elle était formée de deux parties, une partie centrale, ramollie, à aspect aréolaire, rappelant celui des cavités du cœur, ou mieux d'un tissu carverneux ; une partie périphérique d'aspect fibreux rappelant l'aspect de la muqueuse des fosses nasales.

La partie centrale était formée par des cellules embryonnaires, serrées les unes contre les autres, déformées, altérées ; la partie périphérique contenait des cellules embryonnaires d'autant plus abondantes qu'on se rapprochait davantage du centre ; à la périphérie, prédominaient les éléments fibreux, avec quelques vaisseaux ; on n'a pu retrouver de glandules ni de culs de sac glandulaires ; cet examen du reste sera complété plus tard.

SURDITÉ COMPLIQUÉE D'UNE NÉVROSE ET D'UNE SURDITÉ HYSTÉRIQUES,

Par le Dr **M. Ouspensky**, agrégé à l'Université de Moscou pour les maladies d'oreilles.

Les données insuffisantes que nous possédons sur les névroses du nerf acoustique et la rareté des cas de surdité hystérique nous portent à croire qu'il ne sera pas sans intérêt de publier les deux observations suivantes.

I

E.-N. V., femme d'un instituteur d'une école ecclésiastique de Riazan, âgée de dix-neuf ans, faible de constitution, anémique, nerveuse, vint le 17 mai dernier me consulter au sujet d'une surdité absolue des deux côtés provenant d'une otite, survenue après une scarlatine compliquée d'une angine diphthéritique qu'elle avait eue à la mi-février.

L'examen de l'ouïe révéla une surdité complète : un diapason vibrant appliqué sur le vertex fut perçu faiblement et seulement par l'oreille droite.

L'examen de l'oreille fit voir que du côté droit, la membrane du tympan était presque complètement détruite ; que du côté gauche, il n'était resté que la partie postérieure paraissant atrophiée.

La muqueuse nasale, buccale et pharyngée portait les traces évidentes d'un catarrhe. En outre, la malade se plaignait d'un bruit continu, surtout à l'oreille gauche, semblable à celui du vent, et de la perte des sens de l'odorat et du goût ; un rhume de cerveau l'incommodait à un tel point qu'elle devait changer de mouchoirs de poche jusqu'à sept fois par jour.

Pendant la scarlatine diphtéritique, la malade fut quelque temps sans connaissance. Cette maladie présentait des symptômes graves, donnant peu d'espoir de guérison. Avec la perte de l'ouïe, la malade perdit la voix qui devint rauque, nasale. Les aliments liquides et les boissons qu'elle prenait ressortaient par le nez ; ensuite elle perdit les sens du goût et de l'odorat. Plus tard sa vue faiblit. Enfin parut la paralysie du nerf facial du côté gauche. La convalescence marcha lentement.

Dans son enfance, cette dame n'avait jamais été malade. A l'âge de treize ans, à l'église, pendant le service divin, elle perdit connaissance et resta dans cet état quelques instants sans que l'on ait remarqué ni convulsions ni autres phénomènes de ce genre. A dix-huit ans, elle souffrit d'un dérangement à la matrice. C'est tout ce que nous savons sur ses antécédents.

Rétablie de la scarlatine, la malade arriva à Moscou pour se faire traiter de sa surdité. Du premier avril aux premiers jours de mai, elle fut soignée par plusieurs spécialistes pour les maladies d'oreille.

Le résultat du traitement fut que l'otite cessa, mais que la surdité resta absolue ; aussi plusieurs médecins, désespérant de la guérir, renoncèrent à la soigner davantage.

A cause de sa grande faiblesse, je l'envoyai à la campagne

jusqu'en automne. Le 20 juin, à la campagne où elle était, elle commença à entendre distinctement sa propre voix; ensuite vers le 1^{er} juillet, elle était déjà en état d'entendre des paroles dites à son oreille d'une voix ordinaire, et même à voix basse à l'oreille droite et à haute voix à l'oreille gauche. L'odorat et le goût n'étaient pas revenus. Mais l'ouïe s'améliora assez pour pouvoir prendre part à la conversation et entendre et comprendre ce qu'on disait. Les choses allèrent ainsi jusqu'au 19 juillet. Ce jour-là la malade redevint subitement et sans cause complètement sourde; puis, deux jours après, l'ouïe lui revint. Mais depuis lors, elle dut la reperdre presque chaque semaine.

L'apparition de la surdité est toujours précédée d'une modification dans la voix; elle devient rauque, sourde. Quelquefois la malade éprouve avant l'accès un certain bruit dans les oreilles, comme si quelque chose s'y était brisé, quelquefois elle sent une piquûre, une douleur à la gorge, au côté gauche, un peu de peine à avaler. La surdité dure un jour ou deux, ou seulement quelques heures, même quelques instants, mais jamais plus de trois jours. A sa disparition, la voix redevient claire.

Le 23 août la malade revint à Moscou; son état général s'était sensiblement amélioré; elle pouvait comprendre ma conversation habituelle à une petite distance de l'oreille. La malade entendait la musique et le son aigu de petites cloches à une grande distance, mais nullement les sons bas et les grosses cloches.

Le sens du goût commença à revenir; elle put discerner les saveurs douces, amères, acides et salées; mais elle n'avait pas d'appétit et ne mangeait que par nécessité. L'odorat, comme par le passé, était perdu.

Un second examen montra que la surdité de notre malade était compliquée d'une anesthésie de la partie gauche de la tête, de la conque et du nez.

L'origine nerveuse de sa surdité me fit recourir à l'électricité, savoir: galvanisation de la partie cervicale du nerf sympathique... Un courant de quatre à six éléments de l'appareil Brenner fut appliqué. La séance dura cinq minutes.

L'action du courant sur l'accès de surdité fut merveilleuse. La surdité disparut presque instantanément. Les accès suivants devinrent plus rares et moins continus. Le nombre des séances d'électrisation fut de six. La malade quitta Moscou à la fin de septembre, et un mois après, son mari m'apprit que les accès de surdité complète ne se répétaient plus comme précédemment, qu'il n'était resté que sa surdité habituelle, mais qu'elle était moindre.

L'apparition subite des accès de surdité complète, l'anesthésie de la partie gauche de la tête, du pavillon, du nez, la périodicité des symptômes et le caractère de leur durée, l'anesthésie des sens du goût et de l'odorat et même de la vue; enfin le merveilleux effet de la galvanisation devraient faire supposer une surdité hystérique; mais alors l'organe de l'ouïe aurait dû être normal, ce qui n'était pas dans notre cas. En outre dans une surdité hystérique, on remarque presque toujours une sorte de sifflement, symptôme insupportable, lequel précède et accompagne la maladie; notre malade se plaignait d'un bruit ordinaire et continu, peu incommode. Enfin, après la disparition de l'accès de surdité, dans les intervalles, l'anesthésie du pavillon reste la même, l'odorat et le goût ne reviennent pas non plus : conséquemment il sera plus exact de reconnaître dans notre cas une surdité double après une otite, suite d'une diphtérie et d'une série de paralysies consécutives, savoir : une affection du voile du palais, la perte du goût et de l'odorat et même de la vue, une paralysie du nerf facial, une anesthésie de la partie gauche de la tête, du pavillon et du nez; mais, de plus, il est possible que la surdité dans notre cas ait une origine nerveuse, ce qui expliquerait la perte de la sensation des sons bas. D'après la théorie de Helmholtz, ce symptôme caractérise l'altération des fibrilles de l'organe Corti répondant à ces sons et situées près de la coupole du limaçon.

Bien que l'encéphalite chez notre malade ne fût pas caractérisée, on pouvait néanmoins la soupçonner. « L'origine de la surdité nerveuse, dit Eulenburg, qui persiste quelquefois après des maladies passagères (scarlatine, rougeole, thyphus) est obscure, mais probablement occasionnée

par des affections du cerveau ou de la base du crâne, ce qui est plus vraisemblable; dans quelques cas la surdité qui survient après la scarlatine précède la méningite. » (Maladies nerveuses, traduct. du russe.) Il est évident cependant qu'ici la maladie était compliquée d'une névrose hystérique, à laquelle prédisposaient le sexe, l'âge, la faiblesse, l'impressionnabilité, l'anémie. Les causes provocantes furent les maladies de la matrice et une récente scarlatine qui avait ébranlé tout l'organisme, qui s'était compliquée d'une diphtérie, à la suite de laquelle apparut une otite double.

II

S. P. V... est veuve d'un membre du tribunal d'arrondissement, âgée de 43 ans, de complexion moyenne, nerveuse, impressionnable. Le 29 octobre elle me consulta au sujet d'une surdité de l'oreille droite seulement, laquelle durait depuis cinq ans. Elle se plaignait encore plus d'un bruit sifflant qui lui devenait importun.

Un diapason vibrant, appliqué sur le vertex, résonne à l'oreille droite malade. La malade n'entend pas le mouvement de ma montre de même qu'une conversation à haute voix si on lui bouche l'oreille gauche. Le pavillon droit et le conduit externe sont insensibles. La membrane du tympan est normale.

L'examen de la trompe d'Eustache, l'auscultation de l'oreille moyenne n'indiquent rien de particulier.

Dans son enfance la malade eut la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde. Les règles parurent avant l'âge de 14 ans; à 16 ans, elle se maria. La troisième année de son mariage, elle fit une fausse couche, à la suite de laquelle elle souffrit d'une maladie de la matrice. Elle eut huit enfants, dont cinq survivent. Cinq ans auparavant, subitement, après un accès d'éternûments répétés plusieurs fois de suite, ce qui lui arrivait aussi auparavant, et après avoir ressenti un bruit sifflant insupportable, notre malade perdit l'ouïe de l'oreille droite. Ceci eut lieu la nuit pendant qu'elle soignait sa fille dangereusement malade; et, comme elle était alors en bas de laine

seulement, elle attribua cette surdité à un refroidissement. La surdité était si complète que lorsque la malade se couchait sur l'oreille gauche, elle n'aurait pas même, dit-elle, entendu de l'oreille droite tirer le canon. De plus, elle s'aperçut bientôt qu'elle n'était plus en état d'entendre de la musique, et cette irritabilité malade dura six mois.

Peu de temps après elle s'adressa à des spécialistes; on la traita par différentes méthodes, et on employa, entre autres, le procédé du professeur Politzer. Sous l'influence de ce traitement, selon le dire de la malade, elle commença à entendre le mouvement d'une montre, mais cela dura peu. Elle avait presque perdu tout espoir lorsqu'elle vint me consulter.

Ce cas me rappela ce que j'avais lu dans l'ouvrage de Briquet, « Le diagnostic et le traitement de cette anesthésie sont si certains, dit Briquet, qu'un jour, une dame étrangère vint, je ne sais par quel hasard, me consulter pour une surdité; j'allais la renvoyer à des personnes plus compétentes, lorsqu'elle m'apprit qu'elle n'était sourde que d'une oreille, que c'était de la gauche, et qu'en même temps elle éprouvait des sifflements d'oreille qui l'incommodaient beaucoup. Cela fixa mon attention; je regardai son oreille, que je trouvai insensible. Je dis à cette dame : Traversez le boulevard, montez chez M. Duchenne, priez-le, de ma part, de vous ôter votre surdité, et vous reviendrez dans dix minutes. Elle revint en effet, au bout de dix minutes, entendant parfaitement, et heureuse d'être débarrassée de son sifflement, qui lui était si importun qu'elle croyait toujours avoir derrière elle quelqu'un qui, pour lui faire niche, lui sifflait dans l'oreille. (Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, 1859, Paris.)

Je priai la malade de se rendre le lendemain à la clinique de l'Université, dans le but d'essayer l'effet du courant continu sur le nerf sympathique. — Le 31 octobre, on prit d'abord 4 éléments, la malade ne ressentit pas le passage du courant; ensuite 6, 8, 10 et ce ne fut qu'après 12 éléments que la malade éprouva un vertige, et ressentit en même temps le passage du courant. L'ouïe reparut presque au même instant, et en même temps la sensibilité du pavillon et du conduit externe.

Le bruit diminua aussi un peu, mais il ne disparut pas comme dans le cas de Briquet.

Ainsi, nous fondant sur l'apparition subite de la surdité, d'une anesthésie du pavillon et du conduit externe, d'un bruit sifflant très importun, sur l'absence d'altérations pathologiques de la membrane du tympan et du conduit, sur la présence de la faculté de transmettre les sons au moyen des os du crâne, nous avions le droit de diagnostiquer une surdité hystérique. Une convalescence subite la confirma. De plus, la perte de la sensation du passage du courant, tout en conservant la contractibilité musculaire, peut aussi indiquer une surdité hystérique, puisqu'elle n'est observée que dans les paralysies hystériques. Enfin ce n'est qu'avec une surdité hystérique qui a duré cinq ans que l'organe de l'ouïe a pu conserver ses qualités normales anatomiques et ses fonctions.

La nature des phénomènes hystériques demeure en général jusqu'ici insuffisamment connue. L'apparition subite de surdité pourrait s'expliquer par l'hypothèse du spasme des capillaires de cette région, qui provoque une anémie locale, une nutrition insuffisante et la perte des fonctions. L'action du courant continu, dégageant le spasme, rétablit la circulation régulière du sang, la nutrition et la fonction de l'organe.

A partir du jour de la convalescence subite de la malade, il s'écoula un mois durant lequel l'ouïe fut dans un état satisfaisant. La malade entendait une conversation à voix basse de l'oreille malade à la distance de 70 centimètres et un chuchotement à 27 centimètres.

Bien que le bruit ait diminué, il continuait encore. L'insuccès des moyens employés : galvanisation du nerf sympathique, faradisation de la corde du tympan, aspiration amylnitrite, métallothérapie, me fit proposer l'hydrothérapie.

Pour conclure, je crois nécessaire d'ajouter que chaque fois qu'un cas de surdité se présente sans altérations pathologiques du conduit extérieur et de l'oreille moyenne, il est nécessaire de ne pas oublier d'examiner le degré de sensibilité du pavillon.

Moscou, le 30 novembre 1881.

TUBERCULOSE PRIMITIVE DU LARYNX. — TUBERCULOSE SECONDAIRE DES POUMONS. — FUSION CONGÉNITALE DES DEUX REINS.

Service de M. **Lancereaux**, médecin de la Pitié, membre de l'Académie.

Le nommé Tarin, François, âgé de 54 ans, menuisier, entre le 10 septembre 1881 à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. le Dr Lancereaux. Cet homme ne présente dans ses antécédents héréditaires aucune tare tuberculeuse; lui-même a toujours joui d'une bonne santé, à part quelques épistaxis lorsqu'il était enfant, des hémorroïdes à l'âge de 28 ans et des bronchites fréquentes. Il était sobre et gagnait bien sa vie. Depuis deux ans il était enrôlé, mais sa dysphonie a surtout augmenté l'hiver dernier et depuis quelque temps déjà il est aphone. Il y a un an environ, la dysphagie apparut, il raconte qu'il est obligé de bien triturer ses aliments, puis de boire beaucoup pour les faire descendre.

Lorsqu'on le fait boire, le liquide se trouve arrêté dans l'œsophage, et ce n'est qu'après l'avoir ramené dans la bouche par des éructations qu'il peut descendre dans l'estomac. L'appétit est du reste conservé.

Depuis une quinzaine de jours seulement, il éprouve de la gêne à respirer et actuellement il est atteint d'une dyspnée intense accompagnée de cornage s'entendant à distance. Il existe à la face antérieure du larynx une petite tumeur molle qui participe aux mouvements de cet organe et semble développée aux dépens du cartilage thyroïde qui est dur et ossifié; au sommet du crâne, on constate une hyperostose qui n'a jamais été douloureuse.

Les ganglions sous-maxillaires ou parotidiens ne sont pas engorgés; enfin on ne voit rien à l'inspection de la gorge. La percussion de la poitrine donne un son normal.

Les artères radiales sont dures, flexueuses, non seulement on les sent très bien, mais on les voit; les brachiales ainsi que les crurales sont également dures; le malade accuse de fréquentes envies d'uriner pendant la nuit.

20 septembre. La gêne de la respiration a augmenté, le cornage est plus intense que le jour de l'entrée.

25. Léger météorisme, même état du reste.

4 octobre. L'examen laryngoscopique montre que les deux bourrelets aryténo-épiglottiques sont tuméfiés d'un rouge très vif ; l'ouverture du larynx est réduite à la forme d'une fente étroite qui ne laisse voir dans son écartement aucune production saillante.

Mort le 15 octobre.

Autopsie : L'autopsie est pratiquée 24 heures après la mort. Dans le *larynx* une ulcération siégeant au niveau de la partie moyenne de la face postérieure de l'épiglotte ; la corde vocale supérieure droite et le ventricule du même côté sont également le siège d'une vaste ulcération. Le cartilage cricoïde, dans sa moitié droite, est ossifié et nécrosé ; et le cartilage aryténoïde du même côté a presque complètement disparu. Du côté gauche, on constate une ulcération verticale qui détruit la partie postérieure des deux cordes vocales de ce côté ; la paroi de la portion sous-glottique est à nu. En avant, au niveau de la face externe du cartilage thyroïde, existe un abcès gros comme un marron, limité en avant par le muscle sterno-hyoïdien, en arrière par le périchondre et la membrane thyroïdienne. A la partie supérieure de la *trachée*, on trouve quelques ulcérations linéaires ; les *bronches* sont saines.

Les *poumons* sont volumineux, infiltrés par des granulations tuberculeuses dans leur partie supérieure surtout à gauche, le lobe supérieur de ce côté forme un bloc résistant, dur, criant à la coupe ; à droite, mêmes lésions, mais moins étendues, on y trouve en outre une petite cavernule. Les granulations tuberculeuses contenues dans les poumons sont grosses et serrées les unes contre les autres.

Le *pharynx* et l'*œsophage* ne présentent aucune lésion.

Le *cœur* est petit, pâle, rempli de caillots ; les valvules sont saines ; toutefois, à la base de la valvule mitrale, il existe une petite ulcération ayant le volume d'une lentille.

L'*aorte* présente quelques plaques graisseuses à son ori-

gine et une plaque calcaire siégeant au-dessus d'une des valvules sigmoïdes.

Les reins sont réunis par leur extrémité inférieure ; ils présentent une forme de fer à cheval à concavité supérieure. Le rein droit est situé au-devant de la colonne vertébrale ; le gauche dans la gouttière costo-vertébrale. Les deux uretères passent au-devant des reins. Le rein droit reçoit par son extrémité externe une artère qui vient directement de l'aorte abdominale ; le gauche reçoit l'artère rénale par son hile. L'artère spermatique donne une branche qui se jette au point de soudure des deux reins. La capsule surrénale droite est située sous le foie et n'a aucun rapport avec le rein ; celle de gauche surmonte l'extrémité du rein correspondant.

NOTE SUR UN GOÎTRE CANCÉREUX CONSÉCUTIF A UNE TUMEUR THYROÏDIENNE QUI PARAÎSSAIT DE NATURE SIMPLEMENT HYPERTROPHIQUE.

Service de M. Polaillon, chirurgien de la Pitié, membre de l'Académie.

Le nommé Perret (Vincent), employé de commerce, est entré à la Pitié, dans le service de M. Polaillon, salle Saint-Gabriel, n° 15, le 30 novembre 1880, pour un goître d'énormes dimensions.

Aucun antécédent morbide. Il est né dans les environs de Lyon, dans un pays où on ne rencontre pas de goître endémique, et ses parents n'en étaient pas atteints.

Il fait remonter le début de sa tumeur à l'âge de 37 ans. Le lobe droit du corps thyroïde en a été le siège primitif. Sa marche a été fort lente, mais toujours progressivement croissante. Elle n'a jamais occasionné de douleurs.

Il y a un an, une tumeur s'est montrée sur le côté droit du goître primitif, dans la région parotidienne. On a pu croire que cette tumeur dépendait de la glande parotide. Elle n'a pas tardé à faire corps avec le goître.

Lorsque le malade est entré à la Pitié, le volume général dépassait celui d'une tête d'adulte. Elle s'étendait depuis la

région sus-hyoïdienne jusqu'au tiers inférieur du sternum. Elle présentait à sa surface de grosses bosselures. La tumeur développée secondairement forme sur la partie droite du cou une saillie grosse comme les deux poings. Sur toute la surface du goître, on voit des veines très dilatées à sa partie supérieure et droite, on entend à l'auscultation des battements artériels accompagnés de souffle.

Enfin la consistance est variable suivant les points, tantôt plus ou moins dure, tantôt molle, et même d'une mollesse allant jusqu'à la fluctuation.

La trachée et l'œsophage sont déviés à gauche. Toutefois, il n'y a ni suffocation, ni dysphagie; mais il existe une altération du timbre de la voix. Les nerfs du plexus brachial droit sont comprimés et tirillés, ce qui détermine dans le bras correspondant des douleurs très vives. C'est le seul phénomène pénible pour le patient.

Son appétit est bon et ses fonctions se font généralement bien.

Vers le mois d'avril 1881, sa santé s'altéra, il maigrit, perdit ses forces et commença à se plaindre de respirer moins librement. Mais il n'y avait pas de suffocation, et par suite pas d'indication pour agir en pratiquant la trachéotomie. Quant à l'ablation de cette énorme tumeur, M. Polailon la considéra comme devant entraîner les accidents les plus graves et la rejeta formellement.

Dans les mois qui suivirent, le malade tomba dans un état cachectique. Perte de l'appétit, amaigrissement progressif, œdèmes des membres inférieurs, respiration courte, gênée. En même temps, le goître augmentait de volume.

Le 29 septembre 1881, mort.

Autopsie.

Lésions locales : Le corps thyroïde offre l'aspect d'une tumeur très volumineuse, de la grosseur de deux têtes d'adulte environ, irrégulière, à grosse bosselure, plus développée à droite qu'à gauche.

On trouve à sa face externe, au-dessous de la peau, un

large canal veineux, plus volumineux qu'une veine crurale, aplati et qu'on reconnaît être la veine jugulaire externe.

En haut et à droite, la tumeur s'étend jusqu'au-dessous de la loge parotidienne et il y a à ce niveau un nodule indépendant du reste de la masse, gros comme une orange. On avait pensé pendant la vie que c'était la glande parotide que l'on croyait envahie par le néoplasme. Mais il s'agit, selon toute vraisemblance, d'un ganglion cancéreux. A la coupe, son aspect est identiquement le même que celui de la grande masse. Cette masse secondaire enveloppe complètement la carotide externe.

En dedans, la tumeur est en rapport avec le larynx et la trachée fortement déviée à gauche, mais nullement comprimée, avec l'artère carotide primitive et sa bifurcation comprimée, mais non amoindrie. Son calibre était à peu près normal.

La veine jugulaire interne était très dilatée.

Le nerf *pneumogastrique* droit s'enlève avec la masse de la tumeur à laquelle il adhère intimement; ses faisceaux sont comme étalés dans la largeur de un centimètre à sa surface.

Le nerf récurrent n'a pas été suivi.

Le faisceau vasculo-nerveux du côté gauche, dévié avec la trachée, était en quelque sorte protégé par elle.

Lésions éloignées. — Les bronches offrent une muqueuse rouge épaissie et contiennent du pus, partout.

Il existe dans les *poumons* deux *noyaux* cancéreux du volume d'une noisette chacun, entourés d'un tissu pulmonaire qui paraît sain.

Le cœur, le tube digestif, la rate, les reins ne présentent rien de particulier.

Le foie contient vers la face convexe un seul *noyau* cancéreux gros comme un pois.

Examen de la tumeur. — A la coupe, elle offre dans son entier l'aspect du cancer, avec sa couleur jaunâtre et ses taches livides et ecchymotiques sur certains points.

On trouve au centre des kystes du volume d'une pomme ou d'une orange contenant un liquide séreux citrin.

En aucun point le tissu du corps thyroïde normal ne se retrouve.

La tumeur est très vasculaire, les artères et veines qui y aboutissent sont en rapport avec son volume énorme.

Examen histologique fait dans le laboratoire de M. Cornil.

Quelques morceaux de la tumeur du corps thyroïde ayant été coupés, colorés au picro-carmin et examinés dans la glycérine montrent qu'il s'agit ici de *cancer épithélial* (dit aussi cancer réticulé), caractérisé par des cellules à gros noyau nucléolés ayant les caractères et les réactions des cellules épithéliales, comprise dans un stroma conjoint remarquablement ténu et très vasculaire.

Les noyaux du poumon et celui du foie montrent un tissu absolument identique à celui du corps thyroïde cancéreux.

CORPS ÉTRANGERS DU LARYNX,

par le Dr **Eugène Martel.**

Un soir, en province, le docteur Boucler m'amena une cuisinière qui disait avoir une arête de sole dans le gosier : une douleur assez vive localisée au côté gauche du cartilage thyroïde, l'expectation d'une salive sanguinolente, des mouvements de déglutition fréquents, douloureux et toujours impuissants à faire descendre le corps étranger, tels étaient les seuls symptômes accusés par la malade. La voix et la respiration étaient normales.

Comme on se trouve souvent en présence de cas, où des esquilles osseuses, des arêtes, etc., après avoir éraillé la muqueuse du pharynx, descendent dans l'estomac tout en laissant la sensation d'un corps arrêté au gosier, et cela principalement chez les femmes, il importe avant tout de faire un examen laryngoscopique minutieux, ne fût-ce que pour rassurer la malade, car cette idée de corps étranger peut souvent obséder pendant fort longtemps le cerveau impressionnable d'une femme nerveuse. Il me souvient d'avoir vu à la consultation du professeur Isambert une femme qui

venait se plaindre d'avoir une moule dans le gosier depuis cinq ans : le point de départ de cette idée absurde avait été certainement une douleur éprouvée au moment de la déglutition d'une moule et la sensation avait persisté au point de devenir pour cette malade un tourment continu pendant cinq années. J'ai observé un phénomène à peu près semblable chez un homme atteint de granulations du pharynx : depuis trois ans, il sentait une croûte de pain qui lui était restée au cou : la cautérisation des granulations fit disparaître et la fausse sensation et la mélancolie hypochondriaque qui en était résultée.

J'examinai donc ma malade au laryngoscope : après quelques spasmes, la tolérance au miroir s'établit, et je pus apercevoir une grosse arête blanche dont l'extrémité articulaire, renflée, reposait sur l'aryténoïde gauche et dont l'extrémité brisée avait embroché le bord supérieur de l'épiglotte à sa partie médiane ; de cette petite plaie s'écoulait un peu de sang. Je fus assez étonné de cette position de l'arête : je croyais que ces sortes de corps étrangers, arêtes, aiguilles, épingles pénétraient dans un point de la muqueuse du pharynx, du larynx ou de l'œsophage de haut en bas et d'avant en arrière. Mais avant de chercher l'explication de ce fait, je délivrai la malade de son arête. Si j'avais eu une pince à polype à ma disposition, j'aurais tiré sur l'arête de haut en bas en dirigeant sa tête du côté de l'œsophage ; mais je ne pus me servir que d'un fil de fer recourbé en forme de porte-caustique laryngien : je l'engageai avec la main droite sous l'arête que je relevai en l'attirant vers la bouche ; je retirai le miroir et pinçai le corps entre l'index et le fil de fer : en tirant en haut et en arrière l'arête vint, mais elle m'échappa : je dis à la malade de la cracher, elle l'avait déjà avalée. De nouveaux examens ne me firent voir que la petite plaie de l'épiglotte qui n'eut aucune suite et l'arête fut digérée.

Comment maintenant expliquer que cette arête ait pu embrocher l'épiglotte de bas en haut et d'arrière en avant ! Il semble que c'est le contraire qui devait avoir lieu ; mais il est fort probable que, dans le mouvement de déglutition qui emportait le bol alimentaire contenant l'arête, l'extrémité

mousse de celle-ci porta sur l'aryténoïde gauche et s'arrêta la pointe en haut, d'où sensation de corps étranger, d'où aussi brusque mouvement de déglutition à vide pendant lequel l'épiglotte s'abaissa et vint s'embrocher sur l'arête fixée en bas sur l'aryténoïde.

DU BOURDONNEMENT,

Par le Dr **Ladreit de Lacharrière.**

(Extrait d'un article du *Dictionnaire des sciences médicales*, actuellement sous presse.)

L'étude du bourdonnement a été l'objet d'un premier travail qui a été publié dans un des premiers volumes de ce recueil. Je crois devoir revenir aujourd'hui sur ce sujet, parce que ma pratique quotidienne des maladies de l'oreille, en me fournissant quelques faits nouveaux, m'a permis d'apporter une plus grande précision dans la classification des différents bruits, et de leur accorder une valeur spéciale dans la diagnostic des différentes affections qui leur donnent naissance.

De toutes les manifestations symptomatiques des maladies de l'oreille, le bourdonnement est certainement celle qui affecte le plus les malades, qui les tourmente d'une manière incessante, et qui devient un supplice de tous les instants.

Le bourdonnement prend dans l'esprit des malades une telle importance que, dans l'appréciation de leur état, ils le considèrent comme la maladie tout entière, et déclarent souvent qu'ils entendraient si la sensation qu'ils éprouvent ne dominait pas tous les autres bruits. Le bourdonnement ne saurait constituer cependant une entité pathologique spéciale, il n'est que le symptôme de la plupart des maladies de l'oreille, ou des modifications physiques qu'a pu subir cet organe dans les différentes parties qui le constituent.

On a désigné les bruits d'oreille sous les dénominations de tintements, bourdonnements, bruits subjectifs, sensations subjectives de l'ouïe. De Trœltch les considère comme le résultat de l'irritation des nerfs acoustiques (*Traité pra-*

tique... p. 503), il en conclut que les sensations subjectives sont intimement liées à la surdité nerveuse. Je ne partage pas cette opinion. Si, dans les affections labyrinthiques, il peut y avoir une irritation des nerfs acoustiques, dans les affections ou les troubles des organes de l'adaptation des sons, il ne peut y avoir tout au plus qu'une excitation sensorielle, ce qui indique un phénomène d'un ordre différent. Quelle irritation du nerf acoustique peut développer l'oblitération de la trompe d'Eustache, une pression douce exercée sur le tympan soit à titre d'expérience, soit par un bouchon cérumineux? Cependant, dans ces deux cas, la sensation subjective est constante.

Dans un certain nombre de cas, le bourdonnement est une sensation analogue à celle qu'on a désignée pour l'œil sous le nom de phosphène. Lorsqu'on presse sur le globe oculaire, on éprouve la sensation de la lumière; de même lorsqu'une pression est exercée sur une partie de l'oreille, on éprouve la sensation du son.

La manière dont les malades traduisent les sensations subjectives qu'ils éprouvent varie à l'infini, et ils trouvent souvent, dans le milieu où ils vivent, et dans l'exercice de leur profession, des termes de comparaison; mais si on examine attentivement les caractères de toutes les sensations, on reconnaît qu'on peut les rattacher à un certain nombre de types qui présentent des caractères suffisamment distincts.

Ce sont tantôt des bruits vagues comme le bruit qu'on entend en appliquant un coquillage sur l'oreille, le roulement lointain d'un tambour, d'une voiture, de la roue d'un moulin, etc., tantôt le bruit est uniforme et continu, tantôt il présente des renforcements. Un autre type auquel on peut rattacher les sensations de l'ouïe, c'est le bruissement tantôt doux comme celui du vent dans les feuilles, tantôt fort comme celui que produit la vapeur en s'échappant d'une chaudière. Un troisième type est celui des bruits que j'appellerai musicaux. Les malades accusent des sifflements comme ceux d'une locomotive, ce bruit différera des précédents en ce qu'il aura un timbre musical plus ou moins pénible pour l'oreille, mais qui pourrait être noté. Les tintements métalliques

comme ceux qu'on produit en frappant une plaque de métal, les bruits de cloche, les notes musicales comme celles qui sont produites par le pincement d'une corde de harpe ou de piano, enfin la sensation d'airs musicaux qu'on a entendus et qui vous obsèdent appartient à cette même catégorie.

Un dernier type est celui dans lequel la sensation subjective présente des battements et en particulier la forme pulsatile. Cette dernière variété de bruits peut présenter deux formes, une subjective dont le malade a seul la sensation, l'autre décrite par Leudet (*Gaz. méd.*, 1869, p. 423) et sur laquelle Muller avait le premier attiré l'attention, a été appelée objective parce que le bruit est perceptible par le malade et par le médecin. Cette dernière variété est la forme pulsatile qui est isochrone ou non aux battements artériels. Dels-tanche (*Étude sur le bourdonnement de l'oreille*, thèse de doctorat, Bruxelles, 1872) exprime la pensée que les bourdonnements pourraient être divisés en :

1° Bourdonnements siégeant dans l'oreille elle-même ;

2° Bourdonnements siégeant dans la tête, et spécialement quand une seule oreille est affectée dans la moitié correspondante sur un point quelconque situé entre la région moyenne du cerveau et la région du cervelet ;

3° Bourdonnements semblant venir du dehors.

Les auteurs qui ont publié des statistiques sur les maladies de l'oreille estiment que les bourdonnements se produiraient dans les deux tiers des cas.

Kramer (*Traité des maladies de l'oreille*, p. 62), n'a jamais observé les bourdonnements chez les sourds-muets. Ménière au contraire en a observé chez quelques sourds-muets, et même chez des sourds de naissance. L'existence de bourdonnements chez des sourds-muets implique la conservation d'un certain degré de la sensibilité acoustique. Nous n'avons jamais été consulté par les élèves de l'Institution nationale des sourds-muets pour des bourdonnements, mais nous admettons parfaitement la possibilité de leur existence puisque nous avons constaté que la surdi-mutité est, dans les quatre cinquièmes des cas, occasionnée par une affection de l'oreille ou du cerveau ; [mais nous croyons qu'ils sont

relativement rares. Nous admettons avec Politzer que le bourdonnement est le signe de la persistance de l'état maladif. On ne saurait étudier les bourdonnements sans signaler les bruits auriculaires qui sont sous la dépendance de divers états pathologiques qui n'ont avec l'oreille aucun rapport direct. Les affections du cœur s'accompagnent souvent de bruits auriculaires, ce sont tantôt des bruits pulsatiles, tantôt un bruissement assez doux que les malades comparent au bruit du grillon.

Bondet (de Lyon) (*Journal de physiologie*, janvier 1862) place ces bruits sous la dépendance du courant sanguin de la jugulaire. Chez les malades qui en sont affectés, on observe en effet des bruits de souffle dans les vaisseaux du cou, et la compression fait disparaître à la fois le bruit de souffle et le bourdonnement. Bondet explique les bruits subjectifs par la disposition ampullaire du golfe de la veine jugulaire dans laquelle le sinus vient se jeter par un orifice rétréci ; il admet également que le trouble subjectif peut être produit par l'altération dynamique de la circulation qui a pour effet d'augmenter la vitesse dans un certain nombre de cas. Cette dilatation de la veine jugulaire et ce rétrécissement du sinus n'étant pas toujours identiques des deux côtés, permettent de comprendre, d'après Bondet, comment le bourdonnement peut n'exister que d'un seul côté.

C'est à cette classe des troubles auriculaires qu'il faut rattacher les bourdonnements qui sont déterminés par l'injection de certains médicaments, comme le sulfate de quinine, le salicylate de soude. Ces effets sont trop connus pour qu'il soit utile d'insister plus longtemps.

Le Dr North a rapporté dans l'*American journal of otology*, deux cas d'empoisonnement par l'huile de chénopode ; parmi les symptômes on a noté la surdité et le tintement d'oreille ; les Drs Pole et Brouen en ont publié également deux observations.

Les altérations du sang qui caractérisent l'anémie ou la chlorose sont accusées par des bruissements ou des tintements d'oreille, soit que les altérations du sang aient une action directe sur les nerfs acoustiques comme sur les au-

tres sens, soit qu'elles agissent par les modifications physiologiques qu'elles déterminent dans la circulation. Cette dernière hypothèse est la plus probable, si on remarque que les bourdonnements augmentent beaucoup chaque fois que les malades sont agités, et par conséquent que la circulation est excitée, comme, par exemple, pendant l'action de monter, de courir, de danser, etc. J'ai observé des bourdonnements à la suite d'une saison intempestive aux eaux de Forges-les-Eaux, qui avait déterminé des troubles de la santé générale. Les bourdonnements disparurent avec les autres manifestations morbides.

Schwartz a fait connaître le premier les relations qui existent entre les bourdonnements et certaines formes de maladies mentales caractérisées par des hallucinations de l'ouïe. Cela ne veut pas dire que toutes les hallucinations de l'ouïe aient leur origine dans les troubles auriculaires, mais le bourdonnement a pu chez certains aliénés déterminer la forme des conceptions délirantes, et lui donner une expression particulière.

Koppe est le premier médecin aliéniste qui se soit occupé des rapports que les hallucinations acoustiques ont avec le bourdonnement. Il examina avec Schwartz 97 aliénés de l'établissement de Halle (*Allg. Zeitschr. fur Psychiatrie*, 1867, t. XXIX). Chez les 31 malades dont l'oreille était atteinte, il y avait à la fois des bruits subjectifs et des illusions ou hallucinations acoustiques. Parmi les 66 autres malades, 26 étaient atteints de bourdonnements. Parmi eux, 7 présentaient une hyperémie du manche du marteau et avaient également des hallucinations; des 19 autres, 6 avaient des bourdonnements dus à la présence d'un bouchon cérumineux et de ce nombre, 4 avaient des hallucinations acoustiques; chez 2, les bourdonnements disparurent avec la cause qui les produisait, mais les hallucinations ont persisté; chez 7, il existait des bourdonnements sans hallucinations. Sur les 40 restants, 18 avaient des hallucinations sans bourdonnements, et 22 ne présentaient ni l'un ni l'autre de ces symptômes.

Après avoir passé en revue les variétés que peuvent présenter les bruits subjectifs de l'oreille, nous devons recher-

cher, autant que la chose est possible, les caractères qui permettent de les rattacher aux différentes lésions de l'appareil auditif. Disons tout d'abord que la théorie de Kramer (*Ueber Romberg's hyperesthesis anastica. — Deutsches Klinik*, 1855, n° 8), qui attribue le bourdonnement à l'irritation de la corde du tympan, ne saurait être conservée, le nerf de la corde du tympan n'ayant aucune action sur l'audition, et présidant exclusivement aux sensations du goût par l'action des papilles linguales.

Nous divisons les bourdonnements en trois catégories : 1° bruits d'occlusion des voies naturelles; 2° bruits de compression des organes de l'oreille moyenne; 3° bruits labyrinthiques. Depuis dix ans que nous enseignons cette classification, les faits observés n'ont jamais contredit la théorie.

1° *Bruits d'occlusion des voies naturelles.* — Les deux conduits par lesquels les ondes sonores pénètrent dans l'oreille sont le conduit auditif et la trompe d'Eustache. Toutes les fois que ces conduits se trouvent complètement fermés, soit par un corps étranger, soit par une lésion, il se produit un bourdonnement que l'on peut comparer au bruit d'un coquillage sur l'oreille, au bruit d'un roulement de tambour ou de voiture dans le lointain, ou bien encore à la roue d'un moulin. On objectera que les bourdonnements n'existent pas toujours dans le cas d'obstruction céruminieuse du conduit auditif, nous l'avons observé également, mais nous croyons que dans ce cas l'occlusion du conduit auditif n'est pas complète, et que l'introduction d'une petite quantité d'air rend possibles les vibrations de la membrane du tympan.

La plupart des auteurs citent cette expérience qu'en bouchant artificiellement le conduit auditif on détermine du bourdonnement. Les recherches de Delstanche semblent les contredire. D'abord il fait observer avec raison que lorsqu'on bouche le conduit auditif en y introduisant l'extrémité du doigt, le bruit que l'on entend est celui du sang dans les vaisseaux capillaires, et qu'en substituant un bâton d'ébène au doigt on ne produit plus le bourdonnement. Nous doutons que l'occlusion artificielle puisse être aussi complète

que celle que l'on observe par suite de la formation de ces bouchons épidermiques à feuilles imbriquées qui sont rendues encore plus adhérentes par l'enduit cérumineux qui les recouvre, c'est dans ces cas que nous avons toujours constaté des bourdonnements. De même nous avons toujours constaté un bruit analogue toutes les fois que la trompe d'Eustache s'est trouvée bouchée. Le bourdonnement est-il produit par le renforcement de l'onde sonore qui ne peut pas s'écouler au dehors ? Ou par les conditions défectueuses dans lesquelles s'opèrent les vibrations du tympan ? Je ne saurais le dire, mais je maintiens le fait comme d'observation journalière et constante.

2° *Les bruits de compression des organes de l'oreille moyenne* sont des bruissements que l'on compare au bruit d'une cascade, d'une chute d'eau, à celui des feuilles agitées par le vent, au sifflet de la vapeur qui s'échappe d'une chaudière. Ces bruits peuvent être parfaitement distincts ou être mêlés aux bruits précédents lorsque les modifications morbides de l'oreille sont multiples. On les observe chaque fois qu'on exerce artificiellement une légère pression sur le manche du marteau, ou lorsque cette pression est produite par un corps étranger. On constate aussi ces bruits dans les affections aiguës de la membrane ou de la caisse du tympan ; c'est alors le gonflement de la muqueuse qui détermine la compression ; dans la rétraction du manche du marteau, la membrane subissant alors une tension exagérée ; dans les affections chroniques de la caisse soit qu'il y ait des adhérences, soit que la chaîne des osselets ait subi une rétraction par l'engorgement des petites articulations. Dans tous les cas, une pression exagérée est transmise au labyrinthe par l'intermédiaire de l'étrier, si la pression est constante le bourdonnement est continu, si la pression est, au contraire, entretenue par une cause passagère, comme un état congestif, le bruit cesse pour reparaître.

3° *Les bruits labyrinthiques* sont ceux qui sont déterminés par une lésion du labyrinthe. Ils ont pour caractère d'être musicaux, c'est-à-dire qu'ils ont une sonorité qui pourrait être représentée par une note de musique. Ces bruits varient

à l'infini. Ce sont des éclats semblables à des détonations, des bruits d'une corde d'instrument de musique que l'on pince, comme celles d'une basse, d'un violon, etc. Ce sont des coups de sifflets comparables à ceux d'une locomotive ; des bruits produits par la percussion d'une surface métallique et du cuivre en particulier, des chants d'oiseaux, des airs de musique, etc., etc. Dans toutes les affections du labyrinthe, dans l'hypérémie, l'hémorrhagie, la congestion, ces bruits se produisent avec une intensité proportionnée à l'activité morbide.

Nous connaissons trop imparfaitement l'anatomie pathologique du labyrinthe pour pouvoir indiquer quelles sont les variétés de bruits qui peuvent correspondre à certaines lésions ; nous savons cependant que dans la congestion labyrinthique, qu'elle soit due à un état fébrile grave comme la fièvre typhoïde, à une névrose comme dans la migraine, le bruit présente des renforcements qui, dans une certaine mesure, paraissent isochrones au pouls.

Triquet, le premier, a décrit des développements variés de l'oreille interne qui provoquent un bruit vasculaire très marqué.

Ménière, dans l'hémorrhagie du labyrinthe, a signalé les bruits si violents dont les malades se plaignent. Dans l'otite labyrinthique chronique, nous avons vu que les malades étaient tourmentés par des bruits incessants qui étaient pour quelques-uns un supplice capable de développer des idées de suicide.

Les bourdonnements qui se sont produits à la suite d'une violente détonation ou d'une commotion ne s'accompagnent pas toujours de surdité. Delstanche (*loco cit.*, p. 57) rapporte le fait d'un de ses malades qui, s'étant trouvé à proximité d'un endroit où tombait la foudre, a souffert pendant plusieurs semaines de violents bourdonnements sans surdité, et a conservé depuis lors une telle susceptibilité qu'il ne peut plus prendre part au tir de la milice sans être tourmenté pendant plusieurs heures de tintements d'oreille fort désagréables. Rappelons ici l'observation si intéressante d'Ilard (*Traité*, t. 11, p. 32). Il s'agit d'une dame qui, au milieu de

la nuit aperçut les rideaux du lit de son enfant enflammés. Elle parvint à sauver l'enfant, mais l'émotion si violente qu'elle ressentit déterminait l'explosion d'une maladie nerveuse qui guérit après 18 mois, mais elle conserva un bruit d'oreille continu ressemblant au bruit des flammes, tel que ses oreilles en avaient été frappées en pénétrant dans la chambre de son fils.

Je donne des soins à une dame qui, pour avoir habité une maison construite depuis trop peu de temps, a ressenti des bourdonnements insupportables qui persistent depuis deux ans. Loin d'être affaiblie, l'ouïe présente de l'hyperesthésie, la musique qu'elle aimait lui est devenue insupportable, les voix fortes et criantes sont douloureuses, et la portent à vivre dans l'isolement. Ces bruits sont-ils une manifestation rhumatismale? Je ne saurais l'affirmer, mais ayant déjà observé la disparition de bruits analogues à la suite d'une manifestation rhumatismale franche dans le voisinage, je suis porté à le croire.

Les différentes variétés de bourdonnement que j'ai décrites ne doivent plus être considérées comme des manifestations morbides confuses et sans signification déterminée; mais, à l'aide de ma classification, il sera possible, dès le début de l'examen d'un malade, de savoir dans quelle direction on devra faire ses recherches. La nature du bourdonnement indique tout d'abord une présomption du siège de la maladie, je ne veux pas dire qu'on puisse établir un diagnostic rien que par la nature des bruits subjectifs, mais ils entreront pour une part dans l'appréciation de l'état morbide.

Une première conséquence, c'est que tous les bourdonnements ne présenteront pas la même gravité. Les bruits de la trompe d'Eustache seront certainement les moins graves. Ceux qui sont dus à la compression de l'étrier ne seront pas l'expression de la maladie la plus sérieuse, mais on devra redouter leur persistance et la difficulté de faire cesser la cause qui les a produits, enfin on devra faire de grandes réserves si la cause est dans l'ankylose de la chaîne des osselets.

Les bruits labyrinthiques sont certainement ceux qui sont

les symptômes des affections de l'oreille les plus graves, puisqu'ils sont déterminés soit par une maladie qui anéantira le sens de l'ouïe, ou qui, ayant son siège dans le centre acoustique, peut être l'indice d'une affection grave du cerveau.

Ce serait m'exposer à des répétitions que d'indiquer le traitement des bourdonnements. C'est en éloignant les causes qu'on pourra les faire cesser. Je renvoie donc au traitement de chacune des maladies.

ANALYSES.

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde. (*Thèse d'agrégation, 1880*), par le Dr ANDRÉ BOURSIER.

Nous sommes bien en retard pour donner l'analyse de l'excellente thèse d'agrégation de notre ami M. Boursier. En proposant un pareil sujet, le jury du concours s'est inspiré des nécessités du moment, et l'on doit reconnaître que le candidat a rédigé, sur la question, un travail des plus complets après lequel on pourrait croire la conduite chirurgicale définitivement fixée.

Dans une première partie, l'auteur indique, parmi les maladies du corps thyroïde, ce que l'on doit regarder comme tumeur, et préciser les indications et contre-indications de l'intervention.

Dans la seconde, il passe en revue tous les procédés opératoires, et dans la troisième et dernière, fondant ensemble les deux précédentes, indique les méthodes chirurgicales suivant les variétés des tumeurs.

PREMIÈRE PARTIE. — Avec MM. Cornil et Ranvier, on doit désigner sous le nom de tumeur : « toute masse constituée par un tissu de nouvelle formation ayant de la tendance à persister ou à s'accroître ».

M. Boursier signale les divers types de tumeurs, et parmi

les moins connus certains carcinomes d'origine épithéliale, observés par M. le professeur Trélat, en même temps que ces formes spéciales nommées *goîtres métastatiques*, tumeurs secondaires que l'on rencontre dans les os et les viscères, et qui y reproduisent la structure des goîtres gélatineux et qui accompagnent certains goîtres parenchymateux.

Indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale, certains goîtres ne sont que disgracieux; d'autres sont une continuelle menace de mort. Aussi, à moins que l'indication ne soit urgente, le chirurgien, avant d'intervenir, doit avoir épuisé les ressources de la thérapeutique médicale.

Le volume, la forme, la nature du néoplasme surtout, influent sur les décisions à prendre. Les cancers ont été longtemps considérés comme inopérables (Nélaton, Duplan). Si cependant on pouvait intervenir dès le début, et profiter de l'*encapsulation* assez prolongé du néoplasme, on ne devrait pas hésiter à en pratiquer l'ablation. Les troubles respiratoires constituent une indication de premier ordre; pour certains auteurs, c'est même la double indication absolue. Après un accès de dyspnée, il faut toujours en redouter un autre, et l'on ne peut pas prévoir quelle sera la gravité de l'accès à venir.

Nous signalons particulièrement l'exposé des recherches de Rose (de Zurich) sur la dégénérescence graisseuse des cerceaux trachéens. Les compressions nerveuses sont tardives dans le goitre, c'est le nerf récurrent qui est le premier intéressé. Une autre indication est représentée par l'inflammation du goitre — M. Boursier, à la fin de la première partie de son travail, signale un desideratum important : Le crétinisme est-il une contre-indication? ou bien n'y aurait-il pas profit, pour l'état général, à appliquer contre le goitre du crétin un traitement chirurgical? Les éléments font encore défaut pour résoudre la question.

DEUXIÈME PARTIE. — L'auteur passe successivement en revue les méthodes curatives et les méthodes palliatives.

La ponction, de toutes les opérations, la plus simple, souvent palliative, peut devenir curative. Redouter les dé-

compressions brusques, et les hémorrhagies dans le kyste. Les injections iodées doivent être employées, mais seulement pour les kystes à parois souples et molles pouvant facilement revenir sur elles-mêmes.

Le thyroïdisme est un état décrit surtout par les chirurgiens de Lyon, état qui caractérise certaines influences des tumeurs du corps thyroïde : facies altéré, yeux excavés, bouche et langue sèches, pouls à 120 ou 130 pulsations, sans frissons, sans exacerbations nocturnes, sans sueurs profuses, sans aucun des signes de l'infection purulente.

La méthode du séton, presque totalement abandonnée, vient d'être rajeunie, pour ainsi dire, par M. Mollière (de Lyon), sous la forme du *drainage capillaire*, accompagné des procédés antiseptiques. — Suit l'étude du drainage, celle de l'incision et de l'excision, de la cautérisation (Bosnet de Lyon) tous moyens ayant pour but de déterminer une inflammation suppurative.

L'emploi de l'électricité remonte à Jobert (1853). Franz Chvostek (1869), Morell Mackenzie (1875) et Julius Althaus, dans un mémoire sur la désintégration électrolytique des tumeurs (1876), ont signalé plusieurs succès. Les avantages de cette méthode sont : l'absence de douleur, le peu de danger, la non-existence de plaie exigeant un pansement.

Les injections interstitielles irritantes ont été méthodisées par Luton, de Reims (1867). C'est surtout l'injection iodée qui est en usage. Les professeurs Billroth et Gosselin injectent une demi-seringue de Pravaz. La dose, fait remarquer M. Luton, doit varier avec le volume de la tumeur et le degré d'irritabilité des malades. Il importe de ne pas pousser l'injection dans un vaisseau. Aussi M. Lévêque conseille-t-il de désarticuler la canule pour voir s'il ne s'écoule pas de sang. D'autres liquides ont été employés : le perchlorure de fer, l'alcool, la solution d'ergotine. Cette dernière méthode, ajoute M. Boursier, mériterait d'être plus souvent expérimentée dans le traitement de certains goîtres vasculaires.

Sont signalées simplement pour mémoire deux méthodes détestables : le broiement sous-cutané, et la transformation kystique des goîtres parenchymateux.

La ligature artérielle est une opération difficile et qui peut être rendue vaine par l'existence de la thyroïdienne moyenne de Neubauer.

Au premier rang, parmi les méthodes destructives figure l'extirpation. On trouve dans la thèse de M. Boursier un historique complet de cette opération et de ses divers procédés. Nous ne pouvons que signaler certains points particulièrement dignes d'intérêt. Albucasis suivant les uns, Fabrice d'Aquapendente suivant les autres, en est l'inventeur. Elle fut presque condamnée par l'Académie en 1870. Depuis, rendue plus pratique par les chirurgiens étrangers, elle semble devoir s'imposer, conclut M. Boursier, sans l'employer avec autant de prodigalité que certains chirurgiens allemands, nous croyons qu'elle est aujourd'hui entourée d'assez grandes garanties pour mériter de prendre une plus large place dans la pratique de notre pays. » Le bistouri est d'ailleurs le meilleur agent d'exérèse, étant donnés surtout les nouveaux pansements antiseptiques.

Dans cette grave opération de la thyroïdectomie, il y a lieu souvent de pratiquer la trachéotomie préliminaire (Rose). Au cours de l'opération, il faut assurer une hémostasie parfaite en sectionnant les vaisseaux entre deux ligatures et c'est le cas, pour employer les termes de M. Boëchat, « d'être un listérien très consciencieux ». Les suites de l'opération sont généralement simples, la réaction fébrile peu marquée. L'extirpation partielle d'ailleurs, préconisée par Chassaiguac et Sédillot, est au moins aussi meurtrière que l'extirpation totale, et elle ne saurait remédier à tous les cas. Que si l'on consulte les statistiques « on ne peut, dit justement M. Boursier, comparer avec équité les résultats anciens et les résultats nouveaux », tant le perfectionnement des procédés et des pansements antiseptiques a changé les conditions. Il est bien avéré que la proportion de léthalité est décroissante. En ne prenant que les cas communs depuis 1850, on a seulement une mortalité de 19 0/0.

TROISIÈME PARTIE. — Enfin, dans la dernière partie relativement courte, M. Boursier étudie les indications des méthodes opératoires suivant les variétés de tumeurs. Le peu

que nous en pourrions reproduire ici serait insuffisant pour être de quelque profit au lecteur. C'est la partie véritablement pratique de ce travail, celle dont la lecture doit être surtout recommandée.

M. Boursier en somme a enrichi la littérature médicale d'un mémoire complet où l'on trouvera des règles pour les cas parfois embarrassants d'intervention chirurgicale.

ANDRÉ CASTEX.

Du traitement de la phthisie pulmonaire par l'alimentation forcée (1); par le Dr M. DEBOVE, professeur agrégé de la Faculté, médecin de l'hospice de Bicêtre.

A l'état physiologique, l'appétit vient nous rappeler qu'il est nécessaire d'ingérer une certaine quantité d'aliments qui, transformés par les sucs digestifs, puis absorbés, servent à l'entretien et à la rénovation de nos tissus.

Il indique la dose des aliments, et, lorsqu'il est satisfait, des phénomènes d'intolérance stomacale et intestinale ne tardent pas à se manifester, si l'on cède à la gourmandise.

A l'état pathologique, l'appétit peut présenter des troubles dont les degrés extrêmes sont la boulimie et l'anorexie. Ce dernier symptôme, de peu d'importance lorsque sa durée est courte, peut être extrêmement grave lorsqu'il persiste, lorsqu'il est lié à une affection chronique.

Nous pouvons citer l'exemple d'une hystérique que nous observions il y a peu d'années, et qui fut prise d'un dégoût profond pour toute nourriture, dégoût amenant des vomissements, lorsqu'elle essayait de vaincre ses répugnances. Elle maigrit, ses forces déclinerent, et une tuberculose ultime vint mettre fin à une consommation que nous avons vainement cherché à combattre par les moyens les plus divers.

Les auteurs conseillent, en pareille circonstance, de varier

(1) Le travail de M. Debove présente un si grand intérêt pour le traitement des affections chroniques du larynx et des voies respiratoires, que nous faisons une exception à nos habitudes en le publiant tout entier, quoiqu'il ait déjà paru dans le *Bulletin de thérapeutique*.

le régime, de prescrire des toniques, les amers, diverses eaux minérales, etc., etc. Tous ces moyens restent souvent sans effet ou excitent d'une façon toute passagère l'appétit qu'on essaye de ranimer.

Nous pouvons chaque jour constater l'inanité de nos efforts sur les malheureux phthisiques qui peuplent nos hôpitaux, et l'anorexie n'est certes pas chez eux un des symptômes les moins inquiétants; nous savons tous l'avenir réservé à brève échéance au phthisique qui cesse de manger : il est consumé par la fièvre, il a des pertes sudorales, intestinales et bronchiques; pour employer une comparaison devenue banale, sa recette est nulle, ses dépenses sont exagérées.

Nous faisons ces tristes réflexions, à propos d'un malheureux phthisique, couché dans nos salles, présentant des signes avancés de tuberculose pulmonaire, et notamment de vastes cavernes; considérablement amaigri, ayant des sueurs profuses toutes les nuits, et dans un état de dépérissement tel qu'il pouvait à peine se lever quelques heures, il renonçait à sortir des salles. Toutes les fois qu'il essayait de manger, il était pris d'un violent dégoût, puis de toux et de vomissements. Il était arrivé à ne plus pouvoir avaler un quart de verre de lait.

Nous tentâmes par les moyens classiques de porter remède à cette situation, et nous prescrivions sans succès la plupart des médicaments anciennement ou récemment préconisés contre la phthisie; nous ne fûmes pas plus heureux lorsque nous avons essayé de combattre le phénomène anorexie. La menace d'une fin qui ne pouvait tarder nous fit employer un moyen, nouveau, nous le croyons, l'alimentation forcée. Nous avons introduit les aliments, à l'aide d'une sonde, directement dans l'estomac.

Voici les raisons théoriques qui nous ont conduit à cette méthode. L'appétit et le pouvoir digestif des viscères qui marchent parallèlement à l'état physiologique peuvent très bien être dissociés à l'état pathologique; autrement dit, un malade qui n'a aucun appétit peut avoir un estomac qui digère bien, ou tout au moins ait conservé un certain pouvoir digestif qui ne fait pas supposer l'anorexie.

Il est encore possible que le dégoût violent qui accompagne l'ingestion des aliments trouble les phénomènes digestifs et devienne une cause de vomissements. Nous savons qu'en donnant aux médicaments une forme moins répugnante, on arrive à les faire tolérer. Des malades prennent en capsules des substances qu'ils ne peuvent supporter à l'état naturel, et nous citerons l'observation d'un sujet couché dans nos salles qui rejetait par vomissement l'huile de ricin et la garda parfaitement le jour où nous la lui introduisimes par la sonde.

Telle est la série de raisonnements qui nous conduisit à l'alimentation forcée. Nous reconnaissons volontiers qu'ils sont théoriques, mais les résultats scientifiques ne sont guère obtenus qu'à l'aide de théories que l'on cherche à vérifier, dont on cherche à déduire les conséquences. Nous ne tenons nullement aux hypothèses que nous venons d'émettre, trop heureux si elles nous conduisent à soulager, dans des circonstances déterminées, un certain nombre de malades.

Sur le phthisique dont nous venons de parler, le 1^{er} octobre, nous avons introduit par la sonde, après lavage de l'estomac, 1 litre de lait. Il fut parfaitement toléré; il n'y eut ni diarrhée, ni vomissements, ni envie de vomir. Les jours suivants, enhardi par l'expérience, nous augmentons la ration, nous faisons pratiquer le sondage deux fois par jour, et l'on administre en deux fois 2 litres de lait, 200 grammes de viande crue et râpée et dix œufs.

Les digestions se firent bien, car il n'y eut pas de diarrhée, et le liquide parfaitement clair qui sortait à chaque lavage nous montrait que la digestion stomacale s'était parfaitement opérée. Nous avons d'ailleurs un moyen de prouver que les aliments étaient digérés et absorbés, l'augmentation de poids du malade; elle a été de 92 grammes par jour en moyenne. Nous n'avons eu à noter que deux petits accidents, deux petites indigestions.

La première, caractérisée par une légère diarrhée, eut lieu le 10 octobre; nous avions mélangé au lait 60 grammes de tapioca. Nous ne recommandons pas cet aliment : donné en petite quantité, il n'augmente guère la ration; en quantité plus considérable, il passe difficilement à travers le tube et

forme une bouillie épaisse qui ne paraît pas d'une digestion bien facile.

La seconde indigestion eut lieu le 31 octobre, elle se traduisit par des vomissements et de la diarrhée qui se répétèrent plusieurs fois en vingt-quatre heures.

Nous avions eu l'imprudence de laisser sortir notre malade, il en profita pour absorber une forte dose de rhum. Pendant vingt-quatre heures, on donna seulement 2 litres de lait (tousjours par la sonde) et tout rentra dans l'ordre.

Le régime institué paraît encore avoir eu d'autres effets non moins remarquables; les sueurs, autrefois très abondantes, ont complètement cessé; l'insomnie était opiniâtre, le sommeil est revenu.

Les forces sont restaurées à un point tel, que notre malade, qui restait toujours dans son lit ou près de son lit, qui perdait facilement haleine, monte maintenant rapidement les deux étages de l'infirmerie et se promène une grande partie de la journée. Il affirme qu'il avait autrefois des accès de fièvre toutes les nuits et qu'ils ont disparu; nous ne l'avons pas vérifié; les températures n'ont jamais été prises la nuit, elles étaient toujours normales le matin et le soir.

L'expectoration a diminué et les signes physiques se sont amendés; les signes d'excavation n'ont, bien entendu, subi aucun changement, mais les râles de bronchite disséminés dans la poitrine paraissent avoir diminué d'intensité.

Les résultats obtenus étaient trop heureux pour ne pas nous engager à appliquer le même traitement à plusieurs malades.

Notre second malade était un phthisique encore peu avancé (comparé au précédent), il avait quelques craquements humides aux sommets des poumons, spécialement du poumon gauche; il était très amaigri, toussait beaucoup, dormait mal, était fatigué par des sueurs nocturnes, n'avait aucun appétit, il prenait difficilement quelques potages.

Nous l'avons soumis à l'alimentation forcée, sans lavage préalable de l'estomac. Nous sommes arrivé, au bout de quelques jours, à introduire par la sonde, en deux fois, 2 litres de lait, 200 grammes de viande, dix œufs, c'est-à-

dire la même ration que chez le malade précédent. Il n'y a eu aucune espèce d'accidents. L'augmentation de poids a été, en moyenne, depuis vingt jours, de 192 grammes par jour; les sueurs ont cessé, le sommeil est revenu, les forces ont augmenté, le malade a pu faire une longue course sans trace d'anhélation. Les râles sont moins nombreux dans la poitrine.

Avec le concours de notre excellent ami M. Yvon, nous avons examiné comparativement l'urine le 20 octobre, jour où le traitement a commencé, et le 10 novembre, vingt et un jours après le début du traitement. Voici les résultats de cet examen :

	20 octobre.	10 novembre.
Volume.....	2 300.	1 600.
Réaction.....	A peine acide.	Franchement acide.
Urée.....	{ Par litre, 7 ^g ,25.	21 ^g ,25.
	{ Par 24 heures, 16 ^g ,67.	34 grammes.
Albumine....	Traces insignifiantes.	Quantité plus considérable.

Trois particularités nous frappent dans cette analyse : l'augmentation de l'urée, la diminution de quantité des urines et l'albuminurie un peu plus forte.

L'urée excrétée en vingt-quatre heures était de 16 grammes avant le traitement, elle monte le 10 novembre à 34 grammes. On pouvait le prévoir, vu le changement de régime du malade.

La quantité des urines, qui était de 2 301 centimètres cubes le 20 octobre, n'était plus que de 1 600 centimètres cubes le 10 novembre. Nous croyons pouvoir expliquer ce résultat de la façon suivante : Le malade avait toutes les nuits des sueurs très abondantes, et, tourmenté par la soif, buvait plusieurs pots de tisane; aujourd'hui, le malade dort toute la nuit, aussi, quoique les sueurs aient cessé, la quantité d'urine a-t-elle diminué de 700 centimètres cubes.

L'albuminurie est un peu plus prononcée, cette particularité tient peut-être au régime. Les physiologistes affirment que l'albumine crue de l'œuf est en petite quantité éliminée par le rein, et qu'on peut ainsi provoquer chez le sujet sain une légère albuminurie. L'œuf cru entraînait pour une

forte proportion dans le repas de notre malade, peut-être est-ce ainsi qu'il faut expliquer cette circonstance que son albuminurie ait augmenté lors de la seconde analyse.

Notre troisième malade est dans des conditions plus désavantageuses que les précédents. Il est arrivé à la période ultime de la phthisie pulmonaire ; il a de vastes cavernes des deux poumons, il a une laryngite tuberculeuse très avancée et une diarrhée incoercible depuis plusieurs mois.

Nous avons donné à ce phthisique des rations semblables à celles des malades précédents, sauf que nous avons remplacé le lait, qui était mal toléré, par du bouillon.

Ici, il y a une diminution de poids qui a été de 50 grammes par jour. En raison de l'état très avancé de la maladie, nous pouvons supposer que nous avons diminué les pertes sans pouvoir les réparer. C'est là cependant une pure hypothèse, car nous ne savons pas quel était le chiffre des pertes quotidiennes, avant que nous eussions institué notre régime.

Malgré l'état déplorable de notre malade, qui est condamné à une mort prochaine, un grand nombre de phénomènes se sont modifiés. Les sueurs ont cessé ; le sommeil est revenu ; la diarrhée, qui persistait depuis des mois, est très amendée, il n'y a plus de selles diarrhéiques que tous les quatre ou cinq jours.

Voici les résultats de l'analyse comparative de l'urine avant le traitement, et vingt et un jours après son début :

	30 octobre.	6 novembre.
Volume.....	1 800.	1 500.
Réaction	Acide.	Très acide.
Urée.....	En 24 heures, 15g,75.	27 grammes.
	Par litre, 8g,75.	18 grammes.
Albuminurie..	Traces.	Très sensible.

Toutes les réflexions faites précédemment sur le volume de l'urine, la quantité de l'urée, l'albuminurie, peuvent être ici appliquées au malade dont nous venons de vous entretenir.

Un phénomène identique a été observé chez nos trois malades, le retour de l'appétit. Ils ont la sensation de la

faim, se plaignent lorsque la sonde n'est pas introduite à l'heure habituelle, et ce retour de l'appétit nous fait penser que prochainement nous pourrions suspendre le traitement. Il semble que l'inappétence se produise plus facilement chez les malades tombés au-dessous d'un certain niveau, nous avons amélioré l'état général, et aussitôt l'anorexie tend à disparaître.

Nous dirons seulement quelques mots des procédés suivis.

Nous nous sommes servi d'un modèle de sonde imaginé par nous, et que nous vous avons déjà présenté; il nous paraît commode, mais avec d'autres instruments, on arrive évidemment au même but. Chez le premier et le troisième de nos malades, nous avons toujours lavé l'estomac avant d'introduire les aliments, nous nous en sommes abstenu chez le second, ce qui montre bien que les résultats ne sont point dus au lavage.

Nous avons introduit des aliments liquides, lait, bouillon (chez le troisième malade le lait lui donnant la diarrhée); nous y avons ajouté de la viande crue, finement râpée, tenue en suspension, et des œufs battus. Ce régime alimentaire nous paraît convenable, il n'a guère besoin d'être changé, puisque nous n'avons pas à craindre le dégoût résultant d'une alimentation uniforme. On pourrait ajouter diverses substances médicamenteuses, et ainsi chez notre troisième malade, nous avons souvent ajouté, à la ration, une bonne dose de sous-nitrate de bismuth pour combattre la diarrhée.

Les bienfaits de notre médication se sont traduits d'une façon si évidente, qu'il nous paraît inutile d'y insister. Ils ont suivi immédiatement le traitement, et il est bon de remarquer que nos trois malades étaient depuis longtemps dans notre service, soumis au régime de l'hôpital. Il arrive, en effet, fréquemment que de malheureux phthisiques mal nourris, mal vêtus, mal logés, obligés de travailler pour vivre, éprouvent dès leur entrée à l'hôpital une amélioration qui s'accroît parfois rapidement. Elle doit être attribuée au repos et à un régime meilleur. Sous ces influences, toutes les médications réussissent. Nous croyons avoir évité

cette cause d'erreur, nos malades étant depuis plusieurs mois dans nos salles.

En terminant, permettez-nous de vous signaler l'importance que pourrait avoir l'alimentation forcée dans nombre de maladies chroniques avec anorexie et dégoût prononcé des aliments. La maladie peut, jusqu'à un certain point, être comparée à un parasite qui se développe plus facilement sur un organisme débilité et difficilement lorsque nous avons réussi à améliorer l'état général du malade. Citons un exemple. Nous avons eu l'hiver dernier à soigner une hystérique présentant des accidents très graves, et notamment un spasme du pharynx. Depuis plusieurs mois, elle ne mangeait plus, elle était dans un état de débilité extrême. Nous dûmes introduire les aliments par la sonde; on en augmentait progressivement la dose, on finit par la forcer. La malade reprit à vue d'œil, et le jour où elle fut suffisamment grasse, où ses joues reprirent leur couleur normale, les accidents hystériques disparurent. Nous disons les accidents hystériques et non l'hystérie.

Un régime non varié, tel que le régime lacté, peut amener l'anorexie. Nous soignons un malade atteint d'ulcère simple de l'estomac et tombé dans un état déplorable. Il avait été grandement amélioré par le régime lacté, mais le lait lui était devenu odieux, et il ne pouvait plus en tolérer un quart de verre; d'un autre côté, s'il reprenait le régime ordinaire, des accidents gastriques, douleurs et vomissements, apparaissaient aussitôt. Nous avons introduit le lait par la sonde, il est admirablement toléré. Le malade se sonde lui-même trois fois par jour. Mais il y a ici une petite difficulté; il fallait pour que cet homme qui travaille et qui a besoin de travailler fût suffisamment soutenu, il fallait prescrire 6 litres de lait, autrement dit sonder six fois, car il ne nous paraît pas d'une bonne pratique d'introduire plus de 1 litre de lait d'un seul coup. Nous faisons mélanger au lait naturel une certaine quantité de lait concentré conservé, nous avons ainsi 2 litres de lait sous le volume d'un seul; le malade se trouve admirablement de la méthode suivie, il a augmenté de 3 kilogrammes en neuf jours.

Signalons, en passant, qu'on pourrait agir de même dans les cas de dysenterie chronique, où il est si important de maintenir le régime lacté, et où il est si difficile aux malades de le tolérer.

Les résultats encourageants que nous avons obtenus détermineront, nous l'espérons, un certain nombre de nos collègues à expérimenter une méthode thérapeutique qui ne paraît pas avoir le moindre inconvénient, et a paru présenter des avantages que nous serions heureux de voir confirmer par leurs recherches.

Le pronostic de la phthisie laryngée, par WILLIAM PORTER.

S. M. M. D. Saint-Louis (*Archives of laryngology*, 1881, n° 1, vol. 11).

La phthisie pulmonaire, qui hier encore était universellement considérée comme infailliblement mortelle, voit aujourd'hui son pronostic notablement modifié dans le sens favorable. Depuis ces dernières dizaines d'années, les statistiques montrent que la proportion de la mortalité des personnes atteintes de phthisie a beaucoup diminué. Heitler a trouvé sur la table d'autopsie 780 sujets avec des tubercules guéris. Mc Call Anderson a rapporté trois cas de guérison de la phthisie aiguë. La curabilité de la tuberculose pulmonaire, dans certains cas, ne pourrait donc plus être mise en doute.

La phthisie laryngée, au contraire, est jugée par toutes les autorités comme ne pouvant avoir qu'une issue funeste.

M. Porter se présente devant la Société de laryngologie, pour combattre cette opinion générale et soutenir l'avis contraire.

Et d'abord, théoriquement la phthisie du larynx n'est pas nécessairement fatale. La phthisie est une maladie générale, sa nature est la même, quel que soit son siège, et les modifications qu'elle présente dans les divers organes sont dues à la différence de structure et de fonction de ces organes. Dès lors comment admettre que, tandis qu'elle peut guérir

quand elle se développe dans les poumons, cette maladie soit incurable lorsqu'elle occupe le larynx ?

Mais la théorie seule ne suffit à rien prouver si elle ne s'appuie sur des faits. L'auteur rappelle les observations de Schmidt et surtout de Rossbach, qui viennent à l'appui de sa thèse. Ensuite il cite trois cas pris dans sa propre clinique, et qui sont autant de preuves de la possibilité de guérir la phthisie du larynx.

Un homme de 41 ans, qui était atteint de phthisie depuis dix mois fut examiné par l'auteur.

Épaississement des aryténoïdes, infiltration marquée des cordes ventriculaires, érosion de la muqueuse, inflammation et état rugueux des cordes vocales, tels étaient les symptômes qu'il put constater du côté du larynx. Le sommet du poumon gauche était relativement mat, et présentait de l'expiration prolongée et du souffle. Le pouls et la température étaient un peu augmentés. Une semaine auparavant le malade eut une hémoptysie.

Le malade se soumit au traitement général et local ; dix-huit mois après, il revint voir le médecin, et lui déclara que depuis un an il était très bien portant, sans avoir un seul jour été empêché de vaquer à ses affaires. Ses poumons ni son larynx ne présentaient plus aucune trace d'altération ; sauf une légère congestion des cordes vocales due probablement à un refroidissement pris pendant le voyage. Les deux autres cas relatés par l'auteur sont semblables au précédent dans leurs traits principaux.

Sans doute, toutes ces personnes étant vivantes, on sera porté à contester le diagnostic. Cela est facile, mais cela n'est pas scientifique. Les symptômes observés dans tous ces cas étaient les plus prononcés que l'auteur eût jamais rencontrés chez les phthisiques. M. Porter se croit donc fondé à douter de la doctrine qui a prévalu jusqu'à ce jour et à soutenir que le pronostic de la phthisie laryngée n'est pas nécessairement désespéré.

CH. BAUMFELD.

Peut-on à travers la peau, chez le vivant, exciter les nerfs et les muscles du larynx ? par M. J. ROSSBACH.
(Extrait du *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 10, 1881.)

Les laryngologistes ont souvent occasion de constater que l'électrisation cutanée opérée, sur le trajet des nerfs du larynx, peut dans un grand nombre de cas, amener la guérison complète de la paralysie des cordes vocales.

Néanmoins, deux expérimentateurs également autorisés sont arrivés, dans leurs recherches sur ce sujet, à des conclusions contradictoires.

L'auteur du présent travail ayant pu exécuter sur un jeune homme bien portant et qui s'y prêta de bonne grâce, quelques expériences de ce genre, a cru utile d'en faire connaître les résultats. Voici dans quels termes il les communique au *Monatsschrift*, auquel nous les empruntons :

1) Courants faradiques forts, introduits transversalement dans le larynx.

Les deux électrodes, de grandes dimensions et en forme de plaques, sont placées sur les deux ailes du cartilage thyroïde. Les cordes vocales sont dans la position respiratoire. Au moment où le courant passe, la partie supérieure, libre de l'épiglotte est fortement projetée en avant; sa partie inférieure fixe, son tubercule et ses parties latérales sont au contraire repoussés en arrière, de sorte qu'on peut maintenant bien les voir, tandis qu'avant la faradisation ils étaient invisibles. En même temps la moitié antérieure des cordes supérieures et la muqueuse, qui s'étend depuis les plis ary-épiglottiques jusqu'à ces cordes, font saillie de chaque côté, vers l'intérieur, en formant un gros bourrelet, qui recouvre la moitié antérieure des cordes vocales inférieures. Celles-ci et les aryténoïdes conservent leur position respiratoire, sans la moindre déviation.

2) Une électrode est appliquée sur la partie gauche du thyroïde, l'autre sur la face dorsale de la main droite. L'intérieure du larynx est dans la position respiratoire. Effets : la portion antérieure de la corde supérieure gauche fait seule

sailie vers le centre, la corde droite et les cordes vocales vraies restent impassibles dans leur position respiratoire.

3) A quelques centimètres au-dessous du bord inférieur du cricoïde, on place une électrode étroite sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche, et on l'enfonce profondément en arrière, vers le point où est situé le nerf récurrent. Le larynx, à l'intérieur, est dans la position respiratoire. Action : Les cordes inférieures sont agitées de petits mouvements inquiets, convulsifs; les aryénoïdes exécutent un mouvement de bascule, en tournant leur sommet légèrement en dehors, tandis que leur apophyse antérieure se dirige en dedans.

4) A quelques centimètres au-dessous du cricoïde, on essaie d'exciter les deux nerfs récurrents par la faradisation, en employant une électrode en forme de bouton. Effets : a) pendant la respiration calme : la position respiratoire des cordes inférieures et supérieures est conservée; seulement, le bord des cordes vocales, de légèrement courbe qu'il était, devient rectiligne, et les aryénoïdes présentent de petits mouvements vibratoires; b) pendant la production des sons : on ne peut pas observer d'influence bien nette; cependant on entend parfaitement que les notes chantées sont un peu plus hautes.

On voit par ce qui précède qu'on peut à travers la peau exercer, au moyen d'un courant galvanique ou faradique, une action physiologique et thérapeutique sur les nerfs et les muscles du larynx, et que par conséquent l'électrisation intralaryngée n'est pas indispensable et peut être efficacement remplacée par l'électrisation cutanée. CH. BAUMFELD.

De l'importance de l'examen ophtalmoscopique dans les maladies de l'oreille, par le professeur Dr ZAUFAL. (*Prager med. Wochenschrift*, 1881, n° 45.)

A l'assemblée des médecins allemands, à Prague, le professeur Zaufal a traité de l'importance de l'examen ophtalmoscopique dans les maladies de l'oreille.

Avant lui, plusieurs médecins, entre autres, Knapp, Moos, Kipp, Albut, avaient déjà signalé la relation qui existe entre l'état de la rétine et les diverses affections de l'organe de l'ouïe, mais jusqu'à ce jour, on n'avait pas accordé à cette question toute l'attention qu'elle mérite.

L'auteur s'est livré à des recherches spéciales dirigées dans ce sens. Il les expose devant l'Assemblée ; puis il en résume ainsi les résultats :

1° L'examen ophtalmoscopique est une partie intégrante de l'étude clinique de l'appareil auditif. Il doit être entrepris dans les affections de la membrane du tympan, notamment dans l'otite suppurative aiguë ou chronique, à quelque phase que l'on observe la maladie, et par suite, alors même que des symptômes encéphaliques alarmants ne se sont pas encore manifestés.

Comme il est prouvé par l'expérience que des catarrhes muqueux peuvent occasionner des maladies intracrâniennes, on devrait aussi, dans ces cas, examiner l'œil à l'ophtalmoscope.

2° Dans les cas où l'organe présente un état négatif, où il existe de la dureté de l'ouïe ou de la surdité, des bruits subjectifs, vertige, etc., l'usage de l'ophtalmoscope peut éclairer le diagnostic, car il permet de reconnaître si la maladie est localisée dans le labyrinthe ou dans l'intérieur du crâne, ou si elle occupe à la fois ces deux régions (Knapp veut qu'on se serve de l'ophtalmoscope dans la surdité dite nerveuse).

3° Pour établir l'indication du trépan de l'apophyse mastoïde, l'étude ophtalmoscopique de l'état de l'œil est indispensable.

Elle peut nous signaler la propagation de l'inflammation vers la cavité intracrânienne (méningite, thrombose des sinus, etc.), avant qu'aucuns symptômes aigus, subjectifs ou autres, n'existent encore de ce côté.

Lorsque les phénomènes méningitiques s'aggravent, on peut constater que les altérations du fond de l'œil progressent dans le même sens ; ces altérations diminuent au contraire, lorsque les symptômes encéphaliques s'apaisent.

4° L'influence du trépan sur les fonctions du cerveau peut être appréciée surtout d'après les modifications dont cette opération est suivie dans la papille et la rétine.

5° Lorsque l'inflammation de l'oreille moyenne envahit les méninges du cerveau, c'est le plus souvent l'œil du même côté qui est altéré le premier ; mais presque toujours les deux yeux sont atteints à la fois, et même celui du côté opposé présente les lésions les plus marquées.

6° Après l'application du trépan, les améliorations dans l'appareil visuel seraient d'abord plus prononcées dans l'œil du même côté (d'après les observations faites jusqu'à présent) ; cependant une amélioration s'observe aussi dans l'autre œil.

7° Jusqu'à présent, à la clinique de Prague, chaque fois qu'une otite moyenne suppurée était compliquée soit d'une méningite, soit d'une thrombose des sinus, l'examen ophtalmoscopique, lorsqu'il était pratiqué, démontrait l'existence de lésions prononcées dans le fond de l'œil (excavation de la papille avec ou sans névro-rétinite) ; en sorte que cette forme de méningite paraît se différencier de toutes les autres, en ce qu'elle produit presque toujours des altérations dans le fond de l'œil.

Quant à la cause de ce fait, l'auteur n'est pas en état de l'indiquer ; peut-être la richesse du temporal en sinus veineux l'explique-t-elle dans une certaine mesure ?

Pour faire mieux ressortir la valeur de l'examen ophtalmoscopique au point de vue de l'opération trépan, l'auteur cite le cas suivant :

Un jeune étudiant de 16 ans, souffrait depuis 9 mois d'une otite moyenne suppurée avec perforation de la membrane du tympan et hypertrophie des glandes du cou. La maladie résistait à tous les traitements, et dans les derniers temps, la nutrition du malade s'en était fortement ressentie. Anorexie, fièvre vespérale, pas de douleurs. Dans les derniers jours, il s'aperçut qu'il était pris de vertige, lorsqu'il regardait en bas, du troisième étage ; depuis ce moment, il eut aussi de légers accès de vertige pendant qu'on lui faisait des injections dans l'oreille.

L'apophyse mastoïde était extérieurement intacte, elle

n'était pas sensible, la pression et la percussion n'y causaient pas de douleur ; seulement lorsqu'on percutait sur l'apophyse mastoïde ou sur la moitié gauche du crâne, chaque coup provoquait un léger vertige.

L'examen ophtalmoscopique effectué par le docteur Schenkel donna les résultats suivants :

Des deux côtés, le fond de l'œil était d'une couleur plus foncée qu'à l'état normal, il était rouge sombre.

La rougeur augmentait au voisinage de la papille et en recouvrait la moitié interne.

Les artères ne présentaient d'altération sensible, ni dans leur trajet, ni dans leur diamètre ; les veines, au contraire, étaient très dilatées, foncées en couleur et flexueuses.

Les papilles n'étaient pas très nettement délimitées, leur segment interne était coloré en rouge intense. Sur la papille droite, près du point d'émergence des vaisseaux centraux, il y avait une hémorragie recouvrant tout le centre.

Le diagnostic fut : hyperémie veineuse binoculaire.

Se fondant sur ces résultats, on admit la propagation de l'inflammation vers les méninges, et le 14 juin, on appliqua une couronne de trépan.

Le lendemain, vomissements fréquents (suites du chloroforme), mais les vertiges pendant les injections et à la percussion avaient disparu. Puis le malade se sentit mieux ; il recouvra l'appétit et le sommeil, le pouls descendit à l'état normal.

En examinant l'œil 4 jours après l'opération, on trouva la partie interne des papilles encore très rouge, mais les veines s'étaient notablement rétrécies,

L'hémorragie de la papille droite avait beaucoup diminué.

État général très satisfaisant, le malade fait sa première promenade.

Le 22, élévation brusque de la température à 41° 0.

Les yeux ne présentant pas de changement, il fallait exclure une nouvelle poussée inflammatoire dans la cavité crânienne (méningite purulente, abcès du cerveau ou thrombose des sinus), et admettre qu'il ne pouvait s'agir que d'une complication accidentelle.

En effet, la marche de la fièvre indique qu'elle est de nature septique, et elle finit par disparaître.

Le malade se rétablit complètement. L'ophtalmoscope trouva les yeux dans un état entièrement normal.

CH. BAUNFELD,

Corps étrangers trouvés dans l'oreille (*Statistique de la Clinique de Prague*), par le professeur D^r E. ZAUFAL.

L'auteur présente d'abord quelques remarques sur les cas où les corps étrangers, trouvés dans l'oreille, y avaient été introduits à dessein, dans un but d'exemption.

Ces cas que l'on croit généralement très fréquents, le sont beaucoup moins qu'on ne pense ; ils sont même très rares. Durant son service comme médecin de l'armée, l'auteur n'a rencontré qu'un seul cas simulé. Il s'agissait d'un soldat que l'on pouvait soupçonner de s'être introduit des morceaux de journal, afin de faire croire à une dureté de l'ouïe.

Les otorrhées artificielles, produites par l'introduction de diverses substances dans l'oreille, se présentent au contraire assez souvent ; mais ces cas également sont beaucoup moins nombreux qu'on l'admettait à une époque où l'usage de l'otoscope n'était pas encore connu. Autrefois il était facile de s'y méprendre ; mais aujourd'hui une erreur de cette nature ne saurait être commise. L'exploration de l'organe (faisant connaître s'il y a perforation ou absence du tympan, carie), et l'examen microscopique des matières sécrétées fourniraient des renseignements précis.

J'ai vu plusieurs fois des otorrhées externes, qui avaient été provoquées à l'aide de substances irritantes. Dans un cas, c'est l'acide nitrique qui avait été employé. L'escarre jaune dans l'oreille et le flacon d'acide trouvé en possession de l'individu ne laissèrent aucun doute à cet égard.

Dans les autres cas (au nombre de quatre), l'irritation avait été exercée avec de l'emplâtre de cantharides. La fraude n'est pas difficile à découvrir, elle exige cependant de l'attention. Pour moi, je concevais toujours des soupçons,

lorsque je me trouvais en présence d'une otite externe avec une sécrétion peu abondante, fluide, plutôt séreuse que purulente, l'épiderme étant macéré, tandis que le tympan est resté mobile et imperforé. Dans ces cas, on peut toujours retrouver des parcelles de cantharides, soit dans le canal même, soit sur le tampon d'ouate qui sert à le boucher. Puis, en cherchant parmi les effets du soldat, on finit presque toujours par saisir le corps du délit.

Chez deux individus, je n'ai pu réussir dans cette recherche, bien que des fragments de cantharides fussent trouvés dans leur oreille. Pour empêcher l'un d'eux de continuer ses manipulations irritantes, on lui emprisonna les mains et les bras dans une cuirasse de plâtre, qui les maintenait dans l'extension. Au bout de 3 jours, l'écoulement cessa, et l'état de l'oreille redevint normal.

Le cas suivant mérite d'être relaté dans tous ses détails : Un jeune conscrit de 20 ans, puissamment bâti, fut envoyé à l'hôpital militaire pour une otorrhée et une imperfection de l'ouïe. Le gaillard ne voulait absolument rien entendre, et ne répondait à aucune des questions qu'on lui adressait. Une expression stupide de la physionomie venait à l'appui de sa prétendue surdité. J'ai trouvé dans les deux conduits externes les parois recouvertes d'une sécrétion mince, jaune-verdâtre; l'épiderme était macéré, et détaché par place; le tympan était gris, les parties du marteau peu nettes; l'épiderme à ce niveau était également ramolli.

Je me bornai d'abord à nettoyer l'oreille par des injections et à la boucher avec de l'ouate, que j'enfonçais jusque contre le tympan. Le lendemain, je trouvais presque toujours quelques poils noirs sur les morceaux d'ouate qui avaient été employés très propres. Le malade avait une calotte de fourrure noire dont les poils se détachaient facilement. Ceci nous mit sur la voie. Le malade, pour s'irriter les oreilles, retirait l'ouate et la posait sur sa calotte. Pour ne pas le troubler dans sa sécurité, je ne fis pas encore visiter ses effets.

Le sixième jour environ après son entrée, pendant qu'on lui rinçait l'oreille, je remarquai que le liquide d'injection,

qui s'écoulait, était surnagé par de petites gouttelettes graisseuses qui, ainsi que nous nous en sommes assurés, ne pouvaient pas provenir de la seringue. En cherchant dans ses vêtements, on trouva des fragments de fruits de Thuya. Cette plante, dont le fruit est un remède populaire très commun, est cultivée dans le jardin de l'hôpital. Par la simple pression avec le doigt, on peut exprimer de son fruit un liquide très corrosif. N'ayant pas trouvé d'autre agent d'irritation, on crut que c'était celui-ci qui était employé. L'homme fut isolé, on lui enleva tous ses habits. Néanmoins la sécrétion continua et l'état de l'oreille ne changea pas. Après de longues et minutieuses recherches, on trouva enfin l'engin véritable. Il était caché sous la doublure d'une pantoufle du malade. Deux boulettes du volume d'un pois, faites avec des morceaux de vésicatoire cantharidien, étaient entourées d'un fin réseau de fil et reliées par un cordon rigide, pour les empêcher de rester dans l'oreille. Tel était cet ingénieux instrument.

Comme malgré la confiscation du véritable agent, l'irritation persistait, il ne restait plus qu'à priver l'homme de l'usage de ses mains. C'est ce que l'on fit, en lui liant les bras dans l'extension et en les entourant d'une solide cuirasse de plâtre. Trois jours après il était guéri.

L'auteur passe ensuite aux observations de sa clinique. Du 1^{er} mai 1874 au 1^{er} janvier 1881, sur 4,940 malades, on a trouvé 109 corps étrangers chez 100 personnes, dont 61 du sexe masculin et 39 du sexe féminin. Chez les individus, au nombre de 31, âgés de 1 à 10 ans, les corps étrangers étaient les suivants : 12 haricots, 5 pois, 3 pépins de caroube, 1 puce vivante, 1 grillon, 1 perce-oreille, 1 perle de verre, 1 grain de chapelet, 1 bouton de chemise en porcelaine, 2 perles de corail, 1 morceau de baleine, 1 petite pierre, 1 éclat de bois. En tout 33 corps étrangers. Chez les enfants, on trouve en prédominance des graines de légumineuses, corps qui peuvent se gonfler. Ensuite viennent de petits corps ronds et lisses qui leur servent de jouets. Les substances qui se gonflent sont les plus dangereuses. Ce sont elles dont l'extraction offre le plus de difficulté. Dans un cas, un corps de cette nature, un haricot, a causé la mort d'un enfant. On

doit, par conséquent, sévèrement défendre aux enfants de jouer avec les graines en général.

Chez les sujets âgés de 11 à 15 ans (7), on a trouvé 3 haricots, 1 noyau de caroube, 1 perle de verre, 1 boulette d'ouate, 1 boulette de papier.

De 16 à 20 ans : 1 grain de blé, 1 noyau de cerise, 1 grillon, 1 cousin, 2 punaises, 2 têtes de crayon, 1 morceau d'alumette, 2 morceaux d'ail, 1 perle de verre. Total 13.

De 21 à 30 ans : 7 morceaux d'ail, 5 boulettes d'ouate, 2 morceaux de camphre, 2 grains de café, 2 noyaux de cerise, 1 insecte, 1 pois, 1 morceau de poire, 1 morceau d'écorce de bouleau, 1 fragment de racine (à cause d'un mal de dents), 1 grillon, 1 morceau de plâtre, 1 tête de crayon. Total 25.

A cet âge prédominent les substances qui sont des remèdes populaires contre les maux de dents : ail, camphre, ouate.

A partir de cet âge, les corps étrangers ne présentent plus rien de caractéristique.

Chez 100 individus, les corps étrangers ont été trouvés 44 fois dans l'oreille droite, 49 fois dans l'oreille gauche, 5 fois dans les deux oreilles ; 2 fois le côté n'a pas été noté.

Des insectes vivants ont été observés 17 fois,

Le plus grand nombre de corps étrangers trouvés dans une oreille a été de 4, chez une cordonnrière âgée de 24 ans, qui, pour apaiser son mal de dent, s'est introduit dans l'oreille droite un grain de café, une boulette d'ouate et deux morceaux d'ail ; elle s'était en outre enfoncé un morceau d'ail dans l'oreille gauche.

La durée la plus longue, pendant laquelle un corps étranger est resté dans l'oreille, a été de 42 ans. C'était un noyau de cerise, qui, pendant longtemps, n'avait causé aucune gêne, mais qui a fini par produire une dureté de l'ouïe par suite de l'accumulation du cérumen. Il fut extrait au moyen de la seringue.

L'auteur entre ensuite dans la description du traitement et des procédés d'extraction, qui ont été employés dans les divers cas. Nous renvoyons pour ces détails à l'intéressant travail de M. Zaufal publié dans le *Prager Medicinische Wochenschrift*, 1881, n° 4.

CH. B.

Sur la valeur des opérations comprenant l'incision de la membrane du tympan, par le Dr SAINT-JOHN ROOSA.
(*Transactions of the Otological Society*, juillet 1881.)

Dans quels cas doit-on conseiller les opérations impliquant l'incision de la membrane du tympan ? L'auteur a, quant à lui, renoncé à toute opération, dans les inflammations chroniques prolifératoires, ou si l'on aime mieux, dans les inflammations non suppuratives, où il peut exister des adhérences soit entre les osselets, soit entre un osselet et le promontoire, et où il n'y a pas lieu de soupçonner une accumulation de mucosités dans la caisse du tympan.

L'auteur s'est convaincu, par ses propres expériences ainsi que par celles des autres, que les opérations de cette nature sont impuissantes, soit pour faire cesser les bruits, soit pour améliorer l'audition, soit pour ralentir ou accélérer la marche des maladies que jusqu'à présent on a dû considérer comme incurables.

Au contraire, dans le cas d'accumulation de pus dans la cavité tympanique, surtout dans les inflammations aiguës ou subaiguës, la paracenthèse, exécutée avec soin, constitue un excellent moyen thérapeutique. Toutefois, il ne faudrait l'entreprendre que si l'on ne peut obtenir l'évacuation des humeurs par aucun des autres moyens usités.

Souvent, lorsque la membrane est rouge et gonflée par un afflux de sang, une application de sangsues peut rendre le même service qu'une incision et doit lui être préférée.

Parfois aussi on peut recourir à la scarification, si la membrane est légèrement saillante par suite de sa vascularisation.

Pour exécuter l'incision, l'auteur est partisan de la méthode douce.

Il emploie une aiguille de petite dimension. Il n'incise que juste assez pour donner issue au sang ou au pus.

Il n'entreprend l'opération qu'après avoir attendu quelque temps, un court délai pouvant quelquefois la rendre inutile.

Dans la discussion qui suit la lecture de ce travail, les orateurs sont : les docteurs C.-J. Blake, de Boston, Buck, H.-D. Noyes, C.-J. Kipp, etc.

CH. BAUMFELD.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

Larynx.

- Clinique des affections du larynx, du nez et de la gorge, par CARL STOERK. (Stuttgart.)
- Première application de l'anesthésie aux opérations sur le larynx, par SCHNITZLER. (*Wien. med. Presse*, n° 48.)
- Nouveau procédé pour l'anesthésie du larynx, par ROSBACH. (*Wien. med. Presse*, n° 40.)
- Sur l'hémorrhagie et la déchirure des cordes vocales, par SCHNITZLER. (*Wien. med. Presse*, 38.)
- Œdème de la glotte dans la fièvre typhoïde ; trachéotomie, périchondrite laryngée avec rétrécissement consécutif et destruction des cordes vocales. Présentation du patient porteur d'une double canule avec appareil de phonation, par W. KOERTE. (*Berl. klin. Woch.* n° 55, 26 janvier.)
- Observation de paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs ou dilatateurs de la glotte. (*Bulletin acad. de med. de Belgique*, t. XIV, n° 10.)
- Des troubles fonctionnels de la tuberculose laryngée chronique et de leurs causes anatomiques physiologiques, par LARENÈRE LAHOUT. (*Thèse de Paris*, n° 479.)
- Des fumigations de calomel dans les affections du pharynx, par WILLIAM L. BYRNE. (*The Lancet*, 24 janvier.)
- Complications laryngées de la fièvre typhoïde, par SPILLMANN. (*Rev. med. de l'Est*, 1880, n°s 2 et 3.)
- Aphonie complète datant de près de cinq ans, guérie par l'application répétée de courants faradiques sur les cordes vocales, par Robert TORRANCE. (*The Lancet*, 7 mai 1881.)
- Corps étranger du larynx, cachéotomie, diphtérie trachéale, par CARRINGTON, 30 avril 1881, p. 700.)
- Paralysie des dilatateurs de la glotte chez un enfant de dix mois. Guérison, par BRESGEN. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1881.)
- De la laryngite tuberculeuse. Leçons de M. le Dr GOUGUENHEIN, (*Union médicale*, août 1881.)
- Diagnostic différentiel des laryngites chez les enfants, par le Dr Jules Simon. (*Gazette des hôpitaux*, 3 février 1881.)

Trachée.

Cas de déchirure de la trachée de cause indirecte. Emphysème sous-cutané. Guérison, par WAGNER. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 36.)

Contribution à la symptomatologie des grosses fistules œsophago-trachéales, par SCHEELÉ. (*Deutsche med. Woch.*, 1881.)

Corps thyroïde.

Traitement du goître vasculo-kystique par l'électrolyse capillaire, par N. MEUROT, professeur suppléant à Reims. (*Congrès d'Alger*, 1881.)

Nez.

Tumeur volumineuse extirpée de la cavité des fosses nasales, par ROTH. (*Wien. med. Woch.*, n° 30.)

De l'emploi de la spatule tranchante, dans les tumeurs de la cavité et de l'arrière-cavité des fosses nasales, par JUSTI. (*Wien. med. Woch.*, n° 38.)

Traitement des polypes et des végétations de toute nature par le cautère électrique, par EHUDICHUM. (*The Lancet*, vol. I, p. 594.)

Des tampons de ouate, comme véhicule des substances médicamenteuses appliquées à la cavité des fosses nasales, par EDWARD WOAKER. (*The Lancet*, 5 juin.)

Un cas d'inflammation unilatérale de la langue et du pharynx. (*Courrier de médecine de Saint-Louis*, septembre 1881.)

Note sur un cas de polype naso-pharyngien extirpé après incision transversale du voile et du palais, par M. Th. WEISS, (*Revue médicale de l'Est*, 1881.)

Amygdale.

Ligature de la carotide primitive gauche pour hémorrhagie, après amygdalotomie, par LIDERS. (*Hygiea*, XVII, 4.)

Contribution à l'étude de l'amygdalotomie, par BOUDET DE LA BERNARDIE. (*Th. doctorat*, 1881.) Il recommande l'amygdalotomie à l'aide de la guillotine et en dehors de toute inflammation aiguë.)

Oreille.

- Contribution à l'étude de l'oreille interne des vertébrés. (*Archiv für Anat. u. Phys.*, Heft 2 et 3, p. 24.)
- Du cathétérisme de la trompe d'Eustache, par BELUGON. (*Thèse de Montpellier*.)
- Deux observations de polypes de l'oreille, par NOQUET. (*Bull. méd. du Nord.*, septembre 1880.)
- Otite moyenne, marche et terminaison, par DALBY. (*The Lancet*, vol. I, p. 280.)
- Otite suppurée, abcès intra-crânien, pyémie, méningite cérébro-spinale; mort, par JAMES ALLEN. (*The Lancet*, 15 mai 1880.)
- Trois cas d'abcès du cerveau à la suite d'otites moyennes suppurées, par THOMAS BARR. (*Glasgow méd. Journ.*, juillet 1880, p. 32.)
- Sur les affections de l'oreille survenant dans les affections infectieuses aiguës, par BLAU. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1881.)
- Étude sur le bourdonnement de l'oreille, par le Dr HERMET. (*Union médicale*, 29 janvier 1881.)
- Le tubercule de l'oreille et la furonculose, par le Dr LOEWENBERG. (*Progrès médical*, août 1881.)
- Note sur la maladie de Menière et en particulier sur son traitement par la méthode de M. Chareot, par MM. Ch. Féné et Achille DEMONS. (*Revue de médecine*, octobre 1881.)
- Otorrhée externe chronique, suivie de nyringite, de perforation du tympan, de polype, d'otite moyenne purulente, de périostite et d'abcès meckeldien, par M. SCONE, médecin principal. (*Archives médicales belges*, 1881.)
-

TABLE DES AUTEURS

Pages.		Pages.	
ASTIER. Les indications de la trachéotomie, analyse par A. Castex.	56	ses nasale, buccale, pharyngée et laryngée. . . .	62
BADAL. Examen des yeux de deux cents sourdes-muettes de l'Institution nationale de Bordeaux.	498	BUROW. Polypes du larynx.	236
BARATOUX. Contribution à l'étude des altérations de l'oreille dans la surdit-mutité. 90,	145	CADIER. Manuel de laryngoscopie et de laryngologie; analyse par le Dr Danjoy.	116
BARATOUX. L'audiophone de Rhodes (de Chicago) à l'institution nationale des sourds-muets de Paris.	95	CASTEX. Les indications de la trachéotomie, par le Dr Astier.	56
BARATOUX. Pathogénie des affections auriculaires éclairée par l'étude expérimentale.	306	CASTEX. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde, (Thèse d'agrégation, 1880) par le docteur Boursier.	354
BARD. Accumulation caséuse dans l'oreille moyenne, considérée comme cause probable de tubercules miliaires.	229	CHAUFFARD. Phlegmon laryngé rétro-thyroïdien, œdème de la glotte.	178
BARTH. Cancer de l'œsophage et de la trachée.	184	CLAVEAU. De la parole comme objet et comme moyen d'enseignement dans les institutions de sourds-muets.	297
BARTHÉLEMY. Ostéites nasocrâniennes d'origine syphilitique, par le professeur Fournier. 13,	73	CORNIL. Observations histologiques sur l'inflammation diphtéritique des amygdales.	182
BAYER. Influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal.	258	COZZOLINO. L'ozène et ses formes cliniques, analyse par le Dr Gourson.	154
BAZY. Sarcome de la fosse nasale droite opéré par la méthode nasale.	327	DANJOY. Nouvelles études sur la valeur du cathétérisme dans les rétrécissements du larynx, par le Dr Ganghofner.	114
BOURSIER. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde. (Thèse d'agrégation, 1880.)	354	DANJOY. Manuel de laryngoscopie et de laryngologie, par le Dr Cadier.	116
BOSWORTH. Catarrhe nasal.	257	DEBOVE. Du traitement de la phthisie pulmonaire par l'alimentation forcée.	348
BRIDE. Quelques-unes des difficultés qui se présentent dans le diagnostic et le traitement d'une certaine forme de surdité de l'oreille moyenne.	221	DECROSSES. De la suffocation dans les fractures doubles de la mâchoire inférieure.	185
BRIDE. Surdité nerveuse.	315	FAUVEL. Indications pour le traitement extra et intralaryngien des polypes du larynx.	235
BROWN-SEQUARD. Recherches sur les applications du chloroforme sur les muqueu-		FOULIS. Extirpation du larynx.	241
		FOURNIÉ. Fonctions de la trompe d'Eustache.	215

	Pages.		Pages.
FOURNIER. Ostéites naso-cra-		JACCOUD. Curabilité et trai-	
niennes d'origine syphiliti-		tement de la phthisie pul-	
que; leçon recueillie par le		monaire; analyse par le Dr	
Dr Barthélemy.	73	Krishaber.	147
FRAENKEL. Névrose de la		JACOLOT. Trocart trachéo-	
sensibilité du pharynx et		tome.	171
du gosier, analyse par le		JACQUEMARD. Nouveau tym-	
Dr Tillot.	112	pan artificiel, par le Dr	
GANGHOFNER. Nouvelles étu-		Giampietro.	119
des sur la valeur du ca-		JAMES PATTERSON CASSELLS.	
thétérisme dans les rétré-		De l'étiologie des exosto-	
cissements du larynx, ana-		ses de l'oreille et de leur	
lyse par le Dr Danjoy. .	114	enlèvement par une nou-	
GARDINER BROWN. Le sens		velle méthode.	211
du toucher comme type de		JUSTI. Nature et traitement	
comparaison avec le pou-		de l'ozène.	253
voir auditif.	216	JUSTI. Traitement local de la	
GERHARD. Signes laryngosco-		coqueluche.	258
piques en connexion avec		KAYSER et GOTTSTEIN. De la	
les maladies des nerfs mo-		diminution de l'acuité audi-	
teurs du larynx.	229	tive chez les serruriers et	
GZARDA. Tympan artificiel		les forgerons.	310
antiséptique.	180	KINSEY. Des moyens d'éviter	
GIAMPIETRO. Nouveau tym-		la mutité si elle survient à	
pan artificiel; analyse par		la suite de la perte de l'ouïe.	
le Dr Jacquemard.	119	KNAPP. Un tympan artificiel	
GIAMPIETRO. Spéculum per-		formé de ouate.	216
forant du tympan.	317	KOCH. Paralyse laryngienne	
GOTTSTEIN. Sur les maladies		chez un jeune enfant. Con-	
de l'oreille compliquant les		siderations sur les paral-	
exanthèmes aigus; analyse		ysies laryngiennes de l'en-	
par Baumfeld.	123	fance.	42
GOURJON. L'ozène et les for-		KOCH. Cas intéressant de	
mes cliniques, par le Dr		goitre kystique.	86
Cozzolino.	154	KOCH. Traitement des sténo-	
GOURJON. Contribution à l'é-		ses laryngiennes.	288
tude de la rhinite simple		KRISHABER. Procédé igné	
et des rhinites diathésiques;		appliqué à la destruction	
analyse par le Dr Hermet.		des amygdales hypertro-	
GREEN. Dentaphone et audi-		phiées.	125
phone.	318	KRISHABER. Curabilité et	
GRUBER. Nouveaux traite-		traitement de la phthisie pul-	
ments de l'otorrhée. . .	312	monaire, par le professeur	
GRUNFELD. Miroir pour dé-		Jaccoud.	147
monstrations otoscopiques.		KRISHABER. De la sonde œso-	
GUINIER. Rôle de l'épiglotte		phagienne à demeure. . .	265
et des fossettes épiglotti-		KRISHABER. Considération sur	
ques.	259	la phthisie laryngée. . .	272
HARTMANN. De l'épistaxis. .	176	LADREIT DE LACHARRIÈRE.	
HERING. Traitement des sté-		Des engorgements et de	
nosés du larynx.	239	l'ankylose des osselets de	
HERMET. Contribution à l'é-		l'ouïe.	133
tude des surdités dites		LADREIT DE LACHARRIÈRE.	
nerveuses, par le Dr Mio-		Otite labyrinthique. . .	277
mandre.	48	LADREIT DE LACHARRIÈRE.	
HUCHARD. Pseudo-angine de		Du bourdonnement. . . .	345
nature névralgique. . . .	186	LANCEREAUX. Tuberculose	
		primitive du larynx. — Tu-	

TABLE DES AUTEURS.

383

Pages.		Pages.
	berculose secondaire des poumons. — Fusion des deux reins.	338
	LANGE. Polypes des fosses nasales; analyse par le Dr Martel.	106
	LEWIN. Syphilis du larynx.	254
	LUCAE. Remarques sur le diagnostic physique dans le cas de surdité avec un état sain de l'oreille ex- terne et interne.	214
	MACKENSIE. Traitement local de la diphtérie.	225
	MAC-SCHOEFFER. Sur l'ozène.	162
	MASSEI. Comparaison entre le courant faradique et le continu dans les paralysies vocales.	1
	MARTEL. Des polypes des fosses nasales, par le Dr Lange.	106
	MARTEL. Plaques muqueu- ses du larynx.	142
	MARTEL. Corps étrangers du larynx.	343
	MARTIN. De l'ozène vrai	185
	MAX BRESGEN. Catarrhe chro- nique des fosses nasales.	163
	MEYER. Végétations adénoi- des de la voûte du pharynx.	248
	MICHAEL. Otite purulente et abcès du cerveau coexistant indépendamment l'un de l'autre.	53
	MICHAEL. Emploi du nitrate d'amyle dans les maladies de l'oreille, analyse par Baumfeld.	59
	MICHAEL. Inflammation pu- rulente de l'oreille moyenne avec nécrose de la paroi de la caisse et de l'apo- physe mastoïde.	59
	MIOMANDRE. Contribution à l'étude des surdités dites nerveuses.	48
	MORRA. Sur un cas de car- cinome primitif de la tra- chée, analyse par le Dr Bacchi.	172
	MOURE. Etude sur les kystes du larynx.	182
	ORNE GREEN. Phlébite de la veine mastoïdienne consé- cutive à l'inflammation du sinus latéral.	50
	ORNE GREEN. Ostéo-sclérose de l'apophyse mastoïde.	124
	OUSPENSKY. Surdité compli- quée d'une névrose et d'une surdité hystériques.	331
	PAQUET. Nouveau procédé de myringotomie appli- cable au traitement de l'otite scléreuse.	187
	PIERCE. Action de la syphilis sur l'oreille.	218
	POGRE. Pont membraneux du larynx.	255
	POLAILLON. Note sur un goi- tre cancéreux consécutif à une tumeur thyroïdienne qui paraissait de nature simplement hypertrophique	340
	POLITZER. Sur le traitement alcoolique des polypes au- riculaires, analyse par Baumfeld.	121
	POLITZER. Instrument acous- tique.	262
	PORTER. Le pronostic de la phthisie laryngée.	356
	RAYNAUD. De l'otite diabéti- que.	63
	RIPP. Des affections de l'o- reille dues à la syphilis héréditaire.	314
	ROOSA. Sur la valeur des opérations comprenant l'in- cision de la membrane du tympan.	367
	ROSSBACH. Sécrétions mu- queuses du larynx et de la trachée.	256, 321
	ROSSBACH. Nouvelle méthode pour produire l'anesthésie du larynx.	263
	ROSSBACH. Peut-on, à travers la peau, chez le vivant, exciter les nerfs et les muscles du larynx, ana- lyse par Baumfeld.	358
	RUMBOLD. Hygiène et traite- ment du catarrhe.	167
	SCHAEFFER. De l'ablation des polypes du larynx par la méthode de Voltolini, analyse par Kuhff.	319
	SCHIECH. Extirpation du la- rynx.	242
	SCHMIDT. Du traitement de la phthisie laryngée.	25

	Pages.		Pages.
SCHNITZLER. Névrose de sensation du pharynx et du larynx.	232	ces morbides de l'oreille et leur traitement.	213
SCHWARTZ. Œdème de la glotte consécutif à une adénite cervicale suppurée. .	184	VOLTOLINI. Galvano-caustie appliquée au nez, au pharynx, au larynx.	243
SPENCER. Anévrisme de l'artère méningée moyenne consécutif à un traumatisme	61	VAISSE. Recherches sur le son	99
STUDSGAARD. Œsophagotomie externe pratiquée pour l'extirpation d'un cancer pharyngo-laryngé	183	WATSON. De l'écoulement nasal chronique de l'ozène. .	254
TALAMON. Microbe de la diphthérie et la culture. .	264	WEIL. Inflammation desquamative du conduit auditif externe	309
THAON. L'hystérie et le larynx.	30	WEIL. Résultats fournis par l'examen de l'oreille chez 4,500 écoliers	311
THEOBALD. Otite parasitaire. .	260	WEIL. Observation relative à un point d'étiologie des abcès rétro-pharyngiens. .	325
TILLOT. Névrose de la sensibilité du pharynx et du gosier, par le Dr Fraenkel. .	112	WOAKES. Surdité par��sique. .	217
TOROLD. Traitement de la diphthérie.	226	ZAUFAL. De l'importance de l'examen ophtalmoscopique dans les maladies de l'oreille	359
TURNBULL. Des excroissances		ZAUFAL. Corps étrangers trouvés dans l'oreille. . .	366

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
A	
Abcès rétro-pharyngiens (Observations relatives à un point d'étiologie des), par le Dr Weil.	325
Accumulation caséuse dans l'oreille moyenne considérée comme une cause probable de tubercules milliaires, par le Dr Bard.	229
Altérations de l'oreille dans la surdi-mutité (Contribution à l'étude des), par le Dr Baratoux.	90-145
Anesthésie du larynx, par le Dr Rossbach.	263
Anévrysme de l'artère méningée moyenne, consécutif à un traumatisme, par le Dr Spencer.	61
Audiphone de Rhodes (de Chicago) à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, par le Dr Baratoux	95
B	
Bibliographie.	368
Bourdonnement, par le Dr Lacharrière.	345
C	
Cancer de l'œsophage et de la trachée, par le Dr Barth	184
Carcinome primitif de la trachée, par le Dr Morra. . . .	172
Catarrhe chronique des fosses nasales, par le Dr Max Brægen.	165
Catarrhe nasal, par le Dr Frank Dosworth.	257
Cathétérisme dans les rétrécissements du larynx (Nou-	

	Pages.
velles études sur la valeur du), par le Dr Ganghofner.	114
Chloroforme sur les muqueuses buccales, nasales, pharyngée et laryngée (Recherches sur les effets d'application du) par le Dr Brown-Sequard.	62
Comparaison entre le courant faradique et le continu dans les paralysies vocales, par le Dr Massei.	1
Considérations sur la phthisie laryngée, par le Dr Krishaaber.	227-272
Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire, par le Dr Jaccoud.	147
Corps étrangers trouvés dans l'oreille, par Zaufal.	366
Corps étrangers du larynx, par le Dr Eug. Martel. . .	343
D	
Dentophone, et audiphone, par le Dr Green.	318
Diminution de l'acuité auditive chez les serruriers et forgerons, par les Drs Kayser et Gottstein.	210
E	
Écoulement nasal chronique de l'ozène, par le Dr Spencer Watson.	254
Engorgements et ankylose des osselets de l'ouïe, par le Dr Ladreit de Lacharrière.	133
Epistaxis, par le Dr Hartmann.	176
Examen des yeux de deux cents sourdes-muettes de l'Institution nationale de Bordeaux, par le Dr Badal.	198
Excitation des muscles du la-	

Pages.		Pages.
	rynx chez le vivant et à travers la peau, par M. J. Roessbach.	358
	Excroissances morbides de l'oreille et leur traitement, par le Dr Turnbull	213
	Exostose de l'oreille et leur enlèvement par une nouvelle méthode, par le Dr James Patterson Cassells. . . .	211
	Extirpation du larynx, par le Dr Foulis	241
	Extirpation du larynx, par le Dr Philipp Schec.	262
F		
	Fonctions de la trompe d'Eustache, par le Dr Fournié.	215
G		
	Galvano-caustic appliquée au nez, au pharynx, au larynx, par le Dr Voltolini	248
	Goître cancéreux consécutif à une tumeur thyroïdienne qui paraissait de nature simplement hypertrophique, par le Dr Polaillon. . . .	340
	Goître kistique (Cas intéressant de), par le Dr Paul Koch	86
H		
	Hygiène et traitement du catarrhe, par le Dr Rumbold. . . .	167
	Hystérie et larynx, par le Dr Thaon	30
I		
	Incision de la membrane du tympan (De la valeur des opérations comprenant l'), par le Dr St-John Roosa	367
	Inflammation desquamative du conduit auditif externe, par le Dr Weil.	369
	Inflammation purulente de l'oreille moyenne avec nécrose de la paroi de la caisse et de l'apophyse mastoïde, par le Dr E. Michaël.	52
	Influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal, par le Dr Bayer. . . .	258
	Instrument acoustique, par le Dr Adam Politzer. . . .	262
K		
	Kystes du larynx, par le Dr Moure	182
M		
	Maladies de l'oreille compliquant les exanthèmes aigus, par le Dr Gollstein. . . .	123
	Manuel de laryngoscopie et de laryngologie, par le Dr Cadier.	116
	Microbe de la diphtérie et la culture, par M. Talamon. . . .	264
	Miroir pour démonstrations otoscopiques, par le Dr Jos. Grunfeld	264
	Moyens d'éviter la mutité si elle survient à la suite de la perte de l'ouïe, par le Dr A. Kinsey.	224
	Myringotomie applicable au traitement de l'otite scléreuse, par le Dr Paquet. . . .	187
N		
	Nature et traitement de l'ozène, par le Dr Fusti. . . .	253
	Névrose de la sensibilité du pharynx et du gosier, par le Dr Eug. Fraenkel	112
	Névrose de sensation du pharynx et du larynx, par le Dr Schnitzler	232
	Nitrite d'anyle dans les maladies de l'oreille, par le Dr Michaël	59
	Nouveaux traitements de l'otorrhée, par le Dr Gruber. . . .	312
	Nouveau tympan artificiel, par le Dr Giampietro	119

TABLE DES MATIÈRES.

386

	Pages.
O	
Observations histologiques sur l'inflammation diphtérique des amygdales, par le Dr Cornil	182
Ophthalmoscopie dans les maladies de l'oreille, par le Dr Zaufal; analyse, par Baumfeld.	359
Osteo-sclérose de l'apophyse mastoïde, par le Dr Orne Green	124
Ostéites naso-crâniennes d'origine syphilitique, clinique du Dr Fournié, par le Dr Barthélemy	13-73
Otite diabétique, par le Dr Maurice Raynaud.	63
Otite labyrinthique, par le Dr Ladreit de Lacharrière.	277
Otite parasitaire, par le Dr Samuel de Théobald	260
Otite purulente chronique et abcès du cerveau coexistant indépendants l'un de l'autre, par le Dr Michaël.	53
Ozène, par le Dr Mac-Schaeffer.	162
Ozène et ses formes cliniques, par le Dr Vincent Cozzolino	154
Ozène vrai, par le Dr Martin.	185
Œdème de la glotte consécutif à une adenite cervicale suppurée, par le docteur Schwartze	184
Œsophégotomie externe pratiquée pour l'extirpation d'un cancer pharyngo-laryngé, par le Dr Studsgaard	183

P

Paralysies laryngiennes chez une jeune enfant. Considérations cliniques sur les paralysies laryngiennes de l'enfance, par le Dr Paul Kock.	42
Parole comme objet et comme moyen d'enseignement dans les institutions de sourds-muets, par M. Claveau	297
Pathogénie des affections de l'oreille éclairée, par l'étude	

	Pages.
expérimentale, par le Dr Baratoux.	306
Phlébite de la veine mastoïdienne consécutive à l'inflammation du sinus latéral, par F. Orne Green	50
Phlegmon laryngé retro-thyroïdien, œdème de la glotte, par A. Chauffard.	178
Phthisie laryngée (Traitement de la), par le Dr Maurice Schmidt	25
Plaques muqueuses du larynx, par le Dr E. Martel.	142
Polypes des fosses nasales, par le Dr Victor Lange.	106
Polypes du larynx (Indications pour le traitement des) par le Dr Fauvel	235
Polypes du larynx, par le Dr Burow	236
Polypes du larynx (Ablation des), par le Dr Max Schaeffer.	319
Pont membraneux du larynx, par le Dr Pogre.	255
Procédé igné appliqué à la destruction des amygdales hypertrophiées, par le Dr Krishaber.	125
Pronostic de la phthisie laryngée, par William Porter; analyse, par Baumfeld.	
Pseudo-angine de nature névralgique, par le Dr Huchard.	186

Q

Quelques-unes des difficultés qui se présentent dans le diagnostic, le pronostic et le traitement d'une certaine forme de surdité de l'oreille moyenne, par le Dr Mac Bride	220
---	-----

R

Recherches sur le son; analyse, par M. Vaisse.	99
Résultats fournis par l'examen de l'oreille de 4,500 écoliers, par le Dr Weil.	311

	Pages.
Rhinite chronique simple, et des rhinites diathésiques (Contribution à l'étude de la), par le Dr Gourjon . . .	160
Rôle de l'épiglotte et des fossettes épiglottiques, par le Dr Guinier	259

S

Sarcome de la fosse nasale droite opéré par la méthode nasale, par le Dr Bazzy	327
Secrétion muqueuse du larynx et de la trachée, par le Dr Roszbach	256-321
Sens du toucher comme type de comparaison avec le pouvoir auditif, par le Dr Gardiner Brown	216
Signes laryngoscopiques en connexion avec les maladies des nerfs moteurs du larynx, par Dr Gerhard . . .	229
Sonde œsophagienne à demeure, par le Dr Krishaber	265
Spéculum perforant du tympan, par le Dr Giampietro	317
Sténoses laryngiennes, par le Dr Koek	228
Suffocations dans les fractures doubles de la mâchoire inférieure, par le Dr Decroasse	185
Surdité avec état sain de l'oreille externe et interne, par le Dr Lucac	214
Surdité compliquée d'une névrose et d'une surdité hystérique, par le Dr Ouspensky	
Surdités d'origine nerveuse (Contribution à l'étude des), par le Dr Miamandre	48
Surdité nerveuse, par le Dr Mac-Bride	315
Surdité parésique, par le Dr Woakes	217
Syphilis du larynx, par le Dr	

	Pages.
Lewin	234
Syphilis héréditaire de l'oreille, par le Dr Charles Ripp . . .	314
Syphilis sur l'oreille (Action de la), par le Dr Pierce . . .	218

T

Trachéotomie (Les indications de la), par le Dr Astier	65
Traitement alcoolique des polypes auriculaires, par le Dr A. Politzer	121
Traitement des sténoses du larynx, par le Dr Herling	229
Traitement de la diphtérie, par le Dr Tobold	226
Traitement de la phthisie pulmonaire par l'alimentation forcée, par le Dr Debove	348
Traitement local de la diphtérie, par le Dr M. Mackensie	226
Traitement local de la coqueluche, par le Dr Just	258
Trocart trachéotome, par le Dr Jacolot	171
Tuberculose primitive du larynx. — Tuberculose secondaire des poumons. — Fusion congénitale des deux reins, par le Dr Lancereaux	338
Tumeurs du corps thyroïde (De l'intervention chirurgicale dans les), par le Dr André Boursier (Thèse d'agrégation, 1880), analyse par A. Castex	354
Tympan artificiel antiseptique, par le Dr G. Gzada	180
Tympan artificiel formé de ouate, par le Dr Knapp	216

V

Végétations adénoïdes de la voûte du larynx, par le Dr Meyer	248
--	-----

Le Gérant : G. NARON.

SILPHIUM CYRENAÏCUM

MÉDAILLE D'ARGENT. — PARIS, 1875.

DEFFÈS, PHARMACIENS DE 1^{re} CLASSE

2, RUE DROUOT, PARIS

et dans toutes les pharmacies de France et de l'Étranger.

Le *Silphium* s'applique avec le plus grand succès aux maladies de la poitrine et de la gorge.

Préparations usitées : *Teinture*. — *Granules* à 25 milligr. et à 5 centigr. d'extrait. — *Poudre* préparée spécialement pour les maladies de l'arrière-gorge et du larynx.

MM. les médecins connaissent trop aujourd'hui l'efficacité du *Silphium* dans la phthisie pulmonaire pour qu'il soit utile de leur en faire l'éloge. Nous voulons attirer leur attention sur l'une de ses applications, qui valut au Dr LAVAL ses premiers succès, le traitement des granulations des paupières si fréquentes en Orient, et des granulations de la gorge si communes parmi les artistes, les professeurs et les avocats. Il employait les deux préparations suivantes :

1 ^{re} Teinture de <i>Silphium</i>	20 gouttes.
Glycérine très pure.....	100 grammes.

Verser quelques gouttes sur une soucoupe et badigeonner avec un pinceau, deux fois par jour, le fond de la gorge, (Laver soigneusement le pinceau après chaque opération.)

2 ^e Extrait de <i>Silphium</i>	1 gramme.
Amidon pulvérisé.....	100 grammes.

A l'aide d'un insufflateur, tapisser de cette poudre parfaitement mélangée la muqueuse malade, deux fois par jour.

Cette poudre se vend toute préparée, 2, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies.

On activera le traitement d'une façon très sensible en prenant chaque jour, en deux fois, 10 gouttes de teinture dans de l'eau, ou deux granules roses (à 25 milligrammes).

DRAGÉES & ÉLIXIR
Au Protochlorure de Fer
Du Docteur RABUTEAU
Lauréat de l'Institut — Prix de Thérapeutique.

Les expérimentations faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les Dragées et l'Elixir du D^r Rabuteau régénèrent les globules rouges du sang avec une rapidité qui n'avait jamais été observée avec les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen du **Compte-Globules**.
Les Préparations du D^r Rabuteau ne produisent pas la constipation, et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Détail dans toutes les Pharmacies.

VENTE EN GROS : chez **CLIN & C^{ie}**, 14, RUE RACINE, PARIS
Où l'on trouve également les Dragées au Bromure de Camphre du D^r Clin.

LIBRAIRIE DE G. MASSON

TRAITÉ
D'HYGIÈNE

PAR

M. A. PROUST

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris,

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Membre de l'Académie de médecine.

DEUXIÈME ÉDITION, considérablement augmentée.

*Un volume grand in-8° avec 3 cartes coloriées
et figures dans le texte.*

PRIX..... 18 francs!

JUL 17 1916

AU

.

ré que le
sang ave

nt tolér

Clin.